AUS DER KÖNIGLICHEN UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR NERVEN- UND GEISTESKRANKHEITEN ZU HALLE A. S.
(DIREKTOR: GEHEIMRAT PROF. DR. G. ANTON).

ÜBER AKUTE PARANOISCHE ERKRANKUNGEN

HABILITATIONSSCHRIFT

ZUR

ERLANGUNG DER VENIA LEGENDI FÜR DAS FACH DER PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

VORGELEGT

DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG

VON

DR. HANS WILLIGE

OBERARZT DER KÖNIGLICHEN UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK ZU HALLE A. S.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

HALLE A. S.
BUCHDRUCKEREI DES WAISENHAUSES
1913

I. Einleitung.

Die Paranoia ist neuerdings wieder mehrfach erörtert worden, ohne daß eine Klärung dieser Streitfrage und eine Einigung der zum Teil sehr gegensätzlichen Ansichten herbeigeführt wäre, vielmehr ist die Verwirrung größer denn je, besonders, da einige Bemühungen der jüngsten Zeit darauf abzielen, auch der anscheinend so gut fundierten Paranoia chronica die Existenzberechtigung zu bestreiten.

Wenn ich hier bei der Erörterung der akuten paranoischen Erkrankungen zunächst nicht nur von diesen, sondern von der Paranoia schlechthin spreche, so geschieht dies, weil es unmöglich ist, sich über den speziellen Fall der akuten paranoischen Erkrankungen zu äußern ohne wenigstens in gröberen Zügen auf die Paranoia überhaupt einzugehen. Schon die Literatur erfordert das, da man fast alle Mitteilungen der modernen Autoren über akute paranoische Psychosen in Arbeiten findet, die die Paranoia an sich oder die chronische Paranoia betreffen.

Nachdem vor kurzem Thomsen ausführlich die bisherige Literatur referiert hat, erübrigt sich ein nochmaliges Eingehen auf das Historische der Frage. Es sei nur kurz hervorgehoben, daß seit der großen Paranoiadebatte, im Verein deutscher Irrenärzte 1893 (Referat Cramer-Boedeker) im Laufe der letzten Jahrzehnte das Gebiet der Paranoia immer mehr eingeengt wurde, indem nicht nur die alten Gegner der großen weitgefaßten Paranoiagruppe (speziell Kräpelin und seine Schüler) immer mehr Anhänger gewannen und die Grenzen ihres Paranoiabegriffs immer enger zogen, sondern auch die Vertreter des Sammelbegriffs Paranoia diesen wesentlich einschränkten. Während 1893 noch große Uneinigkeit über den Paranoiabegriff überhaupt herrschte und fast alle funktionellen Psychosen unter diesen Begriff gerechnet wurden, hat sich seither im allgemeinen eine Klärung und

Übereinstimmung wenigstens darüber ergeben, was man unter dem Adjektiv paranoisch verstehen will und welche Erkrankungen man mit der Bezeichnung paranoische Psychosen meint. Man hat sich immer mehr daran gewöhnt, die Kriterien der angeblich so gut charakterisierten chronischen Paranoia auch bei den paranoischen Erkrankungen überhaupt anzuwenden, die chronische Paranoia als Vorbild und reinste Form solcher Erkrankungen anzusehen und demnach nur dann von paranoischen Psychosen zu sprechen, wenn Wahnbildung das wesentlichste Krankheitszeichen ist.

Durch die präzisere Begriffsbestimmung der Paranoia chronica einerseits und anderseits durch die Erkenntnis, daß einzelne paranoische Erkrankungen nur Phasen oder Verlaufsformen anderer Erkrankungen, besonders oft solche hebephrenischer Psychosen sind, fielen immer mehr der früher zu ihr gerechneten Geistesstörungen aus dem Rahmen der Paranoia heraus. Ein Teil derselben wurde, wie schon angedeutet, der Gruppe der Hebephrenie zugeteilt und Kräpelin bildete aus ihnen als Unterabteilung des Jugendirresein die Dementia paranoides, wobei zu bemerken ist, daß die Frage, was zu derselben gehören soll, keineswegs völlig gelöst ist.

Jedenfalls bleibt aber auch bei weiter Fassung der Dementia paranoides immer noch eine ziemlich große Zahl von paranoischen Erkrankungen übrig, die sich nicht ohne Zwang in eine der allgemein anerkannten großen Psychosengruppen einordnen lassen. Diese paranoischen Erkrankungen sind in den letzten Jahren mehrfach bearbeitet worden, meist mit dem Endziel, bestimmte gleichartige Fälle als Sondergruppe herauszuheben. Die im präsenilen und senilen Alter auftretenden paranoischen Psychosen bildeten vorwiegend den Gegenstand dieser Forschungen.

Schon Kräpelins Beschreibungen des präsenilen Beeinträchtigungswahns und des senilen Verfolgungswahns können als Versuche derartiger Gruppierungen angesehen werden. Mit der ersteren Bezeichnung meint Kräpelin eine kleine Gruppe von Erkrankungen, die im Rückbildungsalter, und zwar in ganz überwiegender Mehrzahl bei Frauen auftreten und durch allmähliche Entwicklung großer Urteilsschwäche mit vielfach wechselnden kombinatorischen Beeinträchtigungsideen (besonders häufig ist der Wahn ehelicher Untreue) und gesteigerter gemütlicher Erregbarkeit charakterisiert sind. Sinnestäuschungen sind sehr

selten und von ganz untergeordneter Bedeutung. Der Gedankengang bleibt vollkommen geordnet, es kommt niemals zur Verblödung und Verwirrtheit, sondern der Endausgang ist mäßiger Schwachsinn mit zusammenhanglosen Wahnvorstellungen. Fast immer besteht erbliche Veranlagung zu psychischen Erkrankungen. Kräpelin glaubt, daß es sich um eine vorzeitige Alterserkrankung auf krankhaft vorbereitetem Boden handelt, die sich von der eigentlichen Paranoia, zu der diese Fälle gewöhnlich gerechnet würden, dadurch unterscheidet, daß es nicht zu einer Weiterverarbeitung der Wahnvorstellungen kommt.

Dieser eben kurz geschilderten Krankheitsgruppe ähnlich und nicht scharf von ihr zu trennen ist der eigentliche „senile Verfolgungswahn", den Kräpelin als Erscheinungsform des Alterblödsinns schildert. Diese Kranken, meist im Alter von 65 bis 75 Jahren ganz allmählich erkrankend, sind von ziemlich dürftigen und zusammenhanglosen Wahnideen beherrscht. Sinnestäuschungen sind häufig. Besonnenheit und Orientierung bleibt vollkommen erhalten.

Den nach Kräpelins Ansicht zur Melancholie des Rückbildungsalters gehörenden „depressiven Wahnsinn" hat Thalbitzer für eine selbständige Erkrankung erklärt und ihm später unter Mitteilung von drei Krankengeschichten von klimakterischen Patientinnen, bei denen sich an einen anfänglich manischen Zustand halluzinatorische Wahnvorstellungen und schließlich eine gewisse geistige Schwäche anschlossen, einen „manischen Wahnsinn" an die Seite gestellt. Beide Erkrankungen sind nach Thalbitzers Ansicht scharf vom manisch-depressiven Irresein zu trennen und entweder als selbständige Krankheiten oder als besondere Gruppe der Dementia präcox des späteren Alters aufzufassen.

Noch entschiedener hat sich Rehm für einen „depressiven Wahnsinn" als Erkrankung sui generis ausgesprochen, allerdings scheint er nicht dieselben Erkrankungen wie Kräpelin und Thalbitzer darunter zu verstehen. Seine Fälle — nur zwei von weiblichen Patienten werden mitgeteilt — zeichnen sich durch akutes Einsetzen im Präsenium, anfangs depressive, gegen die Genesung hin auch euphorische Stimmung, Gehörshalluzinationen, depressive Wahnideen, auch Größenvorstellungen aus und sollen höchstwahrscheinlich eine arteriosklerotische Ätiologie

haben. Die Prognose ist nicht ungünstig, einer der mitgeteilten Fälle bot später keine Zeichen psychischer Erkrankung mehr.

Ganz neuerdings hat Kleist eine Gruppe von chronischen paranoischen Erkrankungen des Rückbildungsalters zusammengefaßt, die er fast nur bei Frauen beobachtete. Die Patienten erkranken zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre, die Krankheitshöhe wird entweder allmählich ansteigend oder in wiederholten akuten Schüben erreicht und bleibt dann stationär. Verwirrtheit, Demenz und schizophrene Symptome fehlen. Das Wesentlichste der psychischen Veränderung ist eine affektive Umstimmung im Sinne des Mißtrauens, die zu Mißdeutungen und Verfolgungswahnvorstellungen, zuweilen auch zu Größenideen führt. Stets sind Sinnestäuschungen vorhanden. Kleist bezeichnet diese Erkrankungen als „Involutionsparanoia" und hält sie für eine konstitutionelle Erkrankung, eine zur Zeit der sexuellen Involution aus inneren Gründen (autochton) zum Durchbruch kommende krankhafte Anlage. Es handelte sich meist um Personen, die schon vor der eigentlichen Krankheit psychopathische Naturen waren (mißtrauische oder selbstbewußte reizbare Charaktere). Bei zwei Drittel der Kranken bestand erbliche Belastung meist durch Melancholie, selten durch paranoische Erkrankungen. Kleist glaubt, daß die Involutionsparanoia Berührungspunkte mit den manisch-depressiven Erkrankungen hat, und zusammen mit ihnen und mit anderen ebenfalls auf krankhafter Anlage erwachsenden Psychosen (z. B. den heilbaren Motilitätspsychosen) zu der großen Gruppe der konstitutionellen, autochtonen Psychosen von nicht progressivem Charakter gehört und daß diese verschiedenen Psychosen innerhalb dieser Gruppe als selbständige, gleichgeordnete Erkrankungen zu betrachten seien.

Außer diesen „wirklichen" paranoischen Erkrankungen gibt es nach Kleist noch eine andere Gruppe chronischer wahnbildender Psychosen des Praeseniums, die er als „Spätformen paranoider Demenz" bezeichnet und vorläufig von der Spätkatatonie trennen möchte. Bei diesen paranoiden Psychosen besteht von Anfang an ein Zerfall des Bewußtseinsinhalts, oft treten Störungen des sprachlichen Ausdruckes (Wortneubildungen usw.) auf. Die Wahnbildung ist nur ein Ausdruck des Zerfalls des Bewußtseinsinhalts und hat keinen affektiven Kern, die Verfolgungs- und Größenideen sind barock, widerspruchsvoll und wechselnd, die Affekte entsprechen nicht den Wahnvorstellungen.

Es fehlen aber katatonische Symptome, ebenso gemütliche Verblödung, und Ausgang in eigentliche Demenz ist selten. Offenbar sind diese Erkrankungen doch der Spätkatatonie nahe verwandt.

Kräpelin hat nun vor kurzem seine jetzigen Ansichten über die paranoischen Geistesstörungen dargelegt. Er erörtert zunächst die Frage, ob die Bezeichnung Paranoia überhaupt noch beibehalten werden soll und beantwortet dieselbe dahin, daß dieser Name für eine kleine Gruppe von Psychosen berechtigt erscheine, und zwar für solche, bei denen sich aus inneren Ursachen schleichend, rein kombinatorisch ein geistig verarbeiteter, unerschütterlicher Wahn entwickelt bei voller Erhaltung des Zusammenhangs der Persönlichkeit. Kräpelin hält diese sehr selten in die Hände des Irrenarztes gelangenden Fälle, deren klinisches Hauptsymptom der Größenwahn ist, nicht für eigentliche Krankheitsvorgänge, sondern für psychische Mißbildungen, für abnorme Entwicklungen, die ihre Wurzel in einer paranoiden Anlage, bestehend in einem Gemisch von Mißtrauen und maßloser Selbstüberschätzung haben. Die Deutung dieser Erkrankungen im Sinne Specht s als Manien hält Kräpelin nicht für richtig, ebensowenig die Auffassung, daß es sich um eine Art der „latenten Schizophrenie" handelt, vielmehr tritt er vorläufig noch für die Selbständigkeit dieser Psychosen ein. Demnach scheint die Kräpelin sche Paranoia jetzt noch enger als bisher umgrenzt werden zu müssen und kaum noch Gegenstand psychiatrischer Beobachtung zu sein.

Nachdem Kräpelin ferner noch als „halluzinatorischen oder paranoiden Schwachsinn" eine Unterart der Dementia praecox abgetrennt hat, gibt er zu, daß eine Reihe paranoischer Erkrankungen bestehen, die er früher mit Vorbehalt der Dementia praecox zugerechnet habe, die aber nach seiner jetzigen Ansicht aus der Dementia praecoxgruppe ausgeschieden werden müssen. Er bezeichnet diese Psychosen als „Paraphrenie", deren Selbständigkeit allerdings noch nicht feststehe, und unterscheidet eine Paraphrenia systematica (gebildet aus dem nicht der Dementia praecox zugehörigen Fällen des Magnan schen Délire chronique à evolution systématique), charakterisiert durch eine ganz langsame, zunächst kombinatorische, dann auch halluzinatorische Entwicklung eines fortschreitenden fixierten und systematisierten Verfolgungs- und Größenwahns mit Ausgang

in einen mäßigen Grad geistiger Schwäche; zweitens eine Paraphrenia expansiva, die viel seltener ist, fast ausschließlich bei Frauen vorkommt, und in allmählicher Entwicklung eines Größenwahns mit heiterer Stimmung besteht, mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, die aber von geringer Bedeutung sind; drittens eine noch seltenere konfabulierende Paraphrenie, bei der die Wahnbildung fast gänzlich auf Erinnerungsfälschung beruht. Gewissermaßen eine Mittelstellung zwischen der Dementia praecox und der Paraphrenie nehmen nach Kräpelin die Fälle ein, die er früher als Dementia paranoides bezeichnet hat und die er jetzt Paraphrenia (oder Dementia) phantastica nennt. (Der Name Dementia paranoides soll den paranoiden Formen der Dementia praecox vorbehalten bleiben.) Die Erkrankung ist durch massenhafte unsinnige und zusammenhanglose Verfolgungs- und Größenideen nebst zahlreichen Sinnestäuschungen und Confabulationen bei leidlich geordnetem Benehmen gekennzeichnet und führt erst nach längerer Zeit zu einer Zunahme der Zerfahrenheit und zu einer gewissen gemütlichen und Willensabstumpfung. Das letztere Verhalten stellt diese paranoischen Erkrankungen der Dementia praecox nahe und Kräpelin hält es für möglich, daß es sich um eine ungewöhnliche Lokalisation des schizophrenen Krankheitsvorganges handelt, will diese Zugehörigkeitsfrage aber noch nicht definitiv entscheiden. Weiter wird kurz erwähnt, daß es Anfälle des manisch-depressiven Irreseins mit systematisierten Wahnideen und Sinnestäuschungen bei schwacher Ausbildung der krankhaften Gehobenheit und Niedergeschlagenheit gibt, die entweder zur Genesung kommen oder in einen rein manischen oder depressiven Zustand übergehen. Ein Teil derartiger Erkrankungen ist als akute Paranoia bezeichnet worden und die Beobachtung, daß mehrere gleichartige Anfälle vorkommen können, hat zu der Bezeichnung periodische Paranoia geführt. Die konstitutionell manischen Zustände mit Wahnbildungen (Verfolgungs- und Größenideen, oft auch Bild des Querulantenwahns) sind schwer zu deuten, jedoch grundsätzlich verschieden von der Paranoia im Sinne einer psychischen Mißbildung. Von den paranoiden Erkrankungen des Rückbildungsalters hebt Kräpelin entsprechend seinen früheren Anschauungen den präsenilen Beeinträchtigungswahn und den senilen Verfolgungswahn hervor. Ersteren hat er sehr selten und nur bei Frauen im 50. bis

55. Lebensjahre beobachtet; er besteht vorwiegend in unbestimmten, wechselnden, stets depressiv gefärbten Beeinträchtigungswahnvorstellungen und geht weder in wirkliche Genesung, noch in Verblödung aus. Der senile Verfolgungswahn ist viel häufiger, tritt etwa um das 70. Lebensjahr und vorwiegend bei Frauen auf und ist durch einförmige Verfolgungsideen der verschiedensten Art häufig mit Gehörstäuschungen charakterisiert, allmählich nach längerem Bestehen treten die Symptome des senilen Schwachsinns stärker hervor. Kräpelin faßt diese paranoide Erkrankung als krankhafte Steigerung der Unsicherheit und des Mißtrauens der Greise auf, als eine Reaktion der noch leidlich gut erhaltenen Gesamtpersönlichkeit auf die mehr oder weniger deutlich empfundene Schädigung durch die senilen Rückbildungsvorgänge.

Alle diese paranoischen Psychosen kann man als endogene Erkrankungen zu einer großen Hauptgruppe zusammenfassen und von der echten Paranoia als psychische Mißbildung sondern. Dann blieben als dritte Hauptgruppe die auf exogenen Schädigungen beruhenden paranoischen Erkrankungen, die wieder in mehrere Untergruppen zerfallen. Das sind zunächst die durch Giftwirkung verursachten paranoischen Psychosen. An erster Stelle wegen ihrer Wichtigkeit und Häufigkeit stehen die alkoholischen paranoiden Erkrankungen, die Kräpelin als metalkoholische Krankheiten auffaßt und die sich in der Form des akuten Alkoholwahnsinns, der akuten Halluzinose der Trinker und zweitens als chronische Alkoholparanoia äußern.

Die Fälle der ersten Form haben nach Kräpelin im wesentlichen zur Lehre der akuten Paranoia Veranlassung gegeben. Er sagt darüber: „Daß diese Zusammenfassung klinisch einander durchaus fernstehender, nur äußerlich ähnlicher Krankheitsformen unter einer gemeinsamen Bezeichnung unhaltbar ist, bedarf für denjenigen, der sich eben nicht mit der Abgrenzung von Zustandsbildern begnügen will, keiner weiteren Begründung. Mir scheint aber auch der Ausdruck „akute Paranoia“ überhaupt unzweckmäßig, weil dadurch der falsche Anschein einer näheren Verwandtschaft mit der „chronischen Paranoia“ erweckt werden kann. Höchstens könnte man von einer akuten und chronischen „Alkoholparanoia“ sprechen, die in der Tat miteinander in engster Beziehung stehen; wir müßten uns aber dann dessen bewußt bleiben, daß die Alkoholparanoia mit der Krankheitsform Para-

noia außer einer entfernten äußerlichen Ähnlichkeit nicht das geringste gemein hat.“ Die chronischen paranoischen Alkohol-Psychosen hält Kräpelin für ungeheilte Endzustände der akuten Alkoholparanoia. Ähnlich sind die akuten und chronischen paranoiden Psychosen, die durch Cocain verursacht werden. Ganz kurz werden noch die durch Lues bedingten paranoiden Erkrankungen besprochen, die schwer zu bewerten sind, chronisch verlaufen und vorwiegend in Verfolgungswahnvorstellungen mit vereinzelten Größenideen und Gehörstäuschungen bestehen; und endlich die akuten und chronischen Tabespsychosen.

Als letzte Untergruppe der exogenen paranoiden Erkrankungen werden diejenigen zusammengefaßt, die durch psychische Ursachen entstehen. Es sind das der Verfolgungswahn der Gefangenen, der Unschulds- und Begnadigungswahn derselben, die Psychose der Schwerhörigen und Tauben, die induzierten Psychosen und der Querulantenwahn. Bei allen diesen Formen werden außer vorwiegend chronischem Verlauf auch akute Erkrankungen beobachtet, es wird später noch auf diese Psychosen einzugehen sein.

Die erwähnten Autoren versuchen also auf verschiedenen Wegen und mit sehr differenten Resultaten die in Rede stehenden paranoischen Erkrankungen in einzelne Gruppen zu zerlegen, damit dokumentierend, daß das Bedürfnis nach einer Neuorientierung der Paranoiafrage vorliegt. Andere suchen dem gleichen Bedürfnis dadurch gerecht zu werden, daß sie diese Erkrankungen zwischen dem manisch-melancholischen Irresein und der Dementia praecox aufteilen. Am radikalsten ist da Specht vorgegangen, der in der sogenannten echten chronischen Paranoia Kräpelins, und zwar gerade auch in ihrer angeblich markantesten Form, dem Querulantenwahn nur ein Zustandsbild einer protrachierten, oder wie er sagt, „gestreckten Manie“ sieht. Er findet in ihr alle Merkmale des manisch-melancholischen Irreseins und glaubt, daß sich nur von diesem Gesichtspunkte aus ein wirkliches tieferes Verständnis und eine richtige Erklärung dieser Krankheitsbilder gewinnen lasse.

Krankengeschichten als Belege für seine Ansichten bringt er nicht bei, hält auch alle älteren Krankengeschichten für wertlos, da sie natürlich nur die alte Lehre beweisen würden, fordert vielmehr eine ganz neue Kasuistik. Es kann nicht zweifelhaft sein, daß diese neue Kasuistik die Specht sche Lehre beweisen

soll und wird. Eine solche Forderung muß befremdlich erscheinen, da sie auf jeden Versuch der Objektivität zu verzichten scheint und verlangt, daß von einem vorgefaßten Gesichtspunkt aus Krankengeschichten gemacht werden, die diesen subjektiven Standpunkt als berechtigt erweisen sollen. Man muß demgegenüber verlangen, daß Specht seine Auffassung auch mit Krankengeschichten stützt, die nicht von vornherein von seinem Gesichtspunkte ausgehen, sondern möglichst objektiv das Beobachtete wiedergeben. Einstweilen hat Specht mit seiner radikalen Ablehnung der Paranoia einen unbedingten Anhänger in Weygandt gefunden, welcher sagt, daß unter dem großen Hamburger Material kaum ein wirklicher Paranoiker zu finden sei und daß die dortigen schönsten Paradefälle von echter chronischer Paranoia sich als manisch-depressive Psychosen und spez. chronische Manie oder als Dementia paranoides entpuppen. Immerhin muß er zugeben, daß ein Rest von etwa 1 pro Mille übrig bleibt, die man vorläufig nicht anders unterbringen kann und provisorisch als Paranoia bezeichnen müsse.

Für die Ablehnung der Kräpelinschen Paranoia als Krankheitseinheit haben sich kürzlich noch Wilmans und Kleist ausgesprochen, freilich ohne damit für das erweiterte manisch-melancholische Irresein Spechts einzutreten.

Bleuler nimmt anderseits die Mehrzahl der paranoischen Erkrankungen für die von ihm stark erweiterte Dementia praecox oder Schizophrenie in Anspruch; seinen bezüglichen Ansichten stimmen auch einige andere Autoren teilweise zu.

Inzwischen sind aber eine Menge Gegner dieser Anschauungen aufgetreten. Hoche und Meyer haben sich ausdrücklich für die Selbständigkeit der chronischen Paranoia, allerdings nicht in der engen Kräpelinschen Begrenzung erklärt. Ebenso Gaupp, Salgo, Merklin, Löwy, Christiansen, Gadelius, Bresowsky und mehrere andere Autoren. Es würde hier zu weit führen, auf alle diese von ganz verschiedenen Fragestellungen ausgehenden Arbeiten näher einzugehen.

Nur einige der wichtigsten seien hervorgehoben. Das sind zunächst die von Gaupp, Wilmans und Merklin. Sie behandeln im wesentlichen die neuerdings auch von Kräpelin erwogene Frage, ob die Paranoia eine Erkrankung im engeren Sinne ist, ob sie vorher völlig gesunde Personen befällt oder ob

es sich um eine ins Psychotische fortentwickelte paranoide Art der psychischen Degeneration handelt. Die genannten Autoren neigen sämtlich zu der letzteren Ansicht und glauben, daß jedenfalls die Mehrzahl der Paranoiakranken Degenerierte oder Psychopathen sind, die ab ovo eine paranoide Veranlagung haben, welche im Laufe des Lebens je nach ihrer Stärke und nach dem Grade und der Dauer schädigender äußerer Momente entweder nur zu leichteren und vorübergehenden Exacerbationen oder zu dauernder Psychose führen. Mit der Aufstellung dieser endogenen, speziell paranoischen degenerativen Veranlagung wird der manisch-melancholischen Entartung bewußt oder unbewußt ein andersartiger Typus entgegengestellt und der Paranoia wieder ein weiteres Gebiet eingeräumt. Denn wenn die Autoren es auch nicht immer ausdrücklich aussprechen, so geht doch aus ihren Darlegungen hervor, daß für die von ihnen geschilderten Krankheitsformen der enge Kräpelinsche Paranoiabegriff nicht ausreicht, daß sie auch akute, subakute und periodische Erkrankungen im Auge haben, die sie als Paranoia bezeichnen müssen. Daher sind diese Arbeiten, wenn sie auch nicht direkt von akuter Paranoia sprechen, doch für unser Thema außerordentlich wichtig, da sie dartun, daß neuerdings auch im ursprünglich gegnerischen Lager sich die Tendenz nach Erweiterung des Paranoiabegriffs wieder geltend macht, oder doch ein Weg eingeschlagen wird, auf dem bei beiderseitigem Entgegenkommen die gegnerischen Anschauungen sich nähern können. Eine solche Möglichkeit des gegenseitigen Verständnisses findet sich sogar bei Specht, dem radikalsten Bekämpfer der Paranoia, angebahnt, wenn er am Schluß seiner Arbeit sagt, daß die Klinik die Diagnose akute und periodische Paranoia nicht entbehren könne. Es ist das nach dem ganzen Inhalt seiner Abhandlung dahin zu verstehen, daß er gegen die akute Paranoia als Erkrankungstypus nichts einzuwenden hat, wenn man ihm nur die manisch-melancholische Wurzel bei der Deutung der Krankheit zugesteht. Wenn man dieses Zugeständnis etwas allgemeiner faßt und eine schlechthin affektive Grundlage der Paranoia annimmt, so findet man sich in der Tat im Einverständnis mit den jetzigen Anschauungen der Vertreter des weiteren Paranoiabegriffes. Denn die Beurteilung der Bedeutung des Affektes bei der Paranoia hat im Laufe der Jahre sich von der anfänglichen Verneinung jeder Beziehung der affektiven immer mehr dahin entwickelt, daß ihm

eine wichtige Rolle gebührt, und Meyer hat neuerdings ausgesprochen, daß eine gewisse gesteigerte Affektivität bei der Paranoia bestehe, nur behauptet er im Gegensatz zu Specht, daß der Affekt bei der Paranoia nicht die Vorstellungen färbt, sondern sich nach ihnen richtet; immerhin gibt er damit zu, daß eine gewisse Affektlage notwendig ist zur Entwicklung der Paranoia. Für eine Reihe von Fällen, und wie es scheint für die Mehrzahl, trifft dieses wohl zu, aber es gibt doch auch Fälle, wo sich eine solche gesteigerte Affektivität jedenfalls nicht nachweisen läßt, wo man vielmehr annehmen muß, daß ohne primäre Affektbeteiligung infolge exogener Schädlichkeiten ein paranoisches Krankheitsbild entsteht. Daß ein solcher, zunächst affektloser Entstehungsmodus möglich ist, lehren die Beobachtungen bei psychisch gesunden Personen, die unabsichtlich infolge ungünstiger Konstellationen zufällig in eine Kampfstellung geraten, beispielsweise beim Wechsel ihres Wirkungskreises, sich nun von tatsächlichen Gegnern umgeben sehen und da es meist unmöglich ist, das wirklich feindselige Handeln derselben von dem Harmlosen zu unterscheiden, alle Schritte dieser Gegner auf sich beziehen und schließlich in den harmlosesten Äußerungen ihrer Feinde wenigstens die Möglichkeit einer Beeinträchtigung erblicken. Natürlich entsteht dann auch sehr rasch die entsprechende Affektlage, sie ist aber jedenfalls nicht primär da und ist nicht die Ursache der wahnhaften Auffassung. Im gegebenen Falle wird jeder normale Mensch mehr oder minder diese Auffassung gewinnen und nur ganz indolente oder ganz siegesgewisse Personen werden ihr nicht erliegen; ein gewisser Grad von Kampffähigkeit und Aufmerksamkeit ist allerdings unerläßlich für die Entstehung dieser Zustände, die übrigens, um noch ein Beispiel zu nennen, ganz ähnlich bei der normalen Eifersucht beobachtet werden. Natürlich sind diese Zustände nicht als Paranoia zu bezeichnen, sie verschwinden sofort und restlos, sobald die Situation sich ändert, aber sie zeigen doch, daß auch die paranoiden Zustände eine Reaktionsform des Gehirns darstellen, die wie alle übrigen krankhaften psychischen Reaktionen schon im normalen Gehirn vorgebildet sind und gelegentlich in ihren Ansätzen auch beim Gesunden beobachtet werden können. Von dieser Anschauung ausgehend wäre es a priori verständlich, daß sowohl auf dem Boden einer degenerativen Veranlagung paranoischer Natur, als auch ohne diese Grundlage eine Paranoia ent-

stehen kann. Ist die paranoische Anlage stark, so genügen relativ geringfügige äußere Schädlichkeiten, ist es sehr hochgradig, so wird sich auch ohne nachweisbare exogene Momente die Paranoia entwickeln, ist die paranoische Degeneration schwach, so werden die betreffenden Personen nur leicht und vorübergehend erkranken, ist sie sehr geringgradig, so können sie bei günstigen äußeren Lebensverhältnissen sozusagen gesund bleiben und nur bei genauer Beobachtung ihre paranoische Veranlagung erkennen lassen. Für alle diese Möglichkeiten lassen sich Beispiele anführen und in neuerer Zeit sind besonders durch das Studium der Haftpsychosen (Bonhöffer, Siefert, Wilmans) und durch die Schilderung der milden, vorübergehenden Paranoiaformen seitens Friedmanns, der übrigens im wesentlichen dieselben Erkrankungen meint, die Wernicke als circumscripte Autopsyche bezeichnet hat, die akuten heilbaren Paranoiaformen eingehender beleuchtet worden. Bei den Haftpsychosen hat sich ergeben, daß bei bestimmten Individuen, nämlich den primär paranoisch Degenerativen, die Haft und besonders die Einzelhaft akute Psychosen auslöst, die alle Kriterien der Paranoia darbieten und heilen oder doch unter das Niveau des krankhaft Psychotischen absinken, sobald die Haft aufhört. Ähnlich verhält es sich mit den milden Paranoiaformen Friedmanns, bei denen es sich auch höchstwahrscheinlich um Degenerative oder Psychopathen handelt, deren paranoische Veranlagung infolge ungünstiger äußerer Einflüsse — eben affektvoller Erlebnisse — überwertige Ideen zur Ausbildung gelangen läßt, die in ihrer weiteren Entwicklung zur Paranoia — der circumscripten Autopsychose Wernickes — anwachsen, aber auch heilen können, sobald die Situation sich ändert, sobald dauernd geordnete günstige Lebensbedingungen eintreten. Natürlich ist sowohl bei den Haftpsychosen wie bei diesen milden Formen jederzeit ein Rezidiv möglich.

Wenn man einmal ohne jedes Vorurteil und ohne klassifikatorische Stellungnahme die verschiedenen akuten paranoischen Erkrankungen betrachtet, die sich in der Literatur mitgeteilt finden und bei der Beobachtung eines größeren psychiatrischen Materials vorkommen, so ergibt sich ohne weiteres, daß das Gemeinsame dieser Affektion nur in der Symptomatologie besteht, daß die Wertigkeit und Deutung dieser Erscheinungen aber erheblich voneinander abweichen müssen.

Um zunächst einen Überblick zu gewinnen, sei die ganz allgemeine Fragestellung erlaubt, wo finden wir überhaupt paranoische Zustände, die nicht chronisch sind? Da ist zu sagen, daß uns akute vorübergehende paranoische Zustände im Verlaufe nahezu aller Psychosen gelegentlich begegnen. Sie sind in diesem Falle natürlich lediglich als Zustandsbilder, nicht als selbständige Psychosen aufzufassen.

Dieses Vorkommen akuter paranoischer Zustände auf Grund nahezu aller psychischer Veränderungen läßt den Schluß zu, daß der paranoische Symptomenkomplex ebenso wie viele andere Symptomenkomplexe eine Reaktionsform des menschlichen Gehirns darstellt, die durch die verschiedensten, das Gehirn treffenden Schädlichkeiten ausgelöst werden kann. Die Bedingungen, die nötig sind, damit im Verlaufe einer beliebigen Psychose gerade ein paranoischer Symptomenkomplex auftritt, sind uns noch wenig bekannt. Nur soviel kann man wohl schon sagen, daß die ganze psychische Persönlichkeit des betreffenden Individuums eine entscheidende Rolle dabei spielt, daß es wesentlich auf die spezielle Artung des von einer psychischen Erkrankung ergriffenen Gehirns ankommt, ob ein paranoischer Zustand entsteht oder nicht.

Man könnte dagegen einwenden, daß wir bei der so häufigen progressiven Paralyse, die doch in einem Alter auftritt, in dem die paranoischen Komplexe nicht gerade selten sind, so relativ selten wirkliche paranoische Zustandsbilder sehen (der paralytische Größenwahn kann natürlich hier nicht in Betracht kommen, da er offenbar nur der kritiklose Ausdruck des jedem Menschen innewohnenden Triebes nach Höherem und Besserem — Besitz, Macht, Leistungsfähigkeit, Ruhm usw. ist). Das kann aber daher kommen, daß zur paranoischen Wahnbildung doch ein größtenteils noch richtig funktionierendes Gehirn gehört, daß höchstwahrscheinlich ein so diffus in seiner gesamten höheren Leistungsfähigkeit beeinträchtigtes Gehirn wie das paralytische die komplizierte Bildung eines paranoischen Wahnes nicht mehr zustande bringt. Dafür sprechen auch die Mitteilungen Rudrews, der unter der Bezeichnung Paralysis progressiva paranoides Fälle beschreibt, bei denen die progressive Paralyse unter einem paranoischen Zustandsbild verlief, aber nur anfangs, während später mit fortschreitender Demenz die paranoischen Symptomenkomplexe verschwanden. Außerdem ist zu bedenken,

daß die progressive Paralyse ja ziemlich wahllos Menschen von ganz verschiedener psychischer Anlage ergreift und daß daher die an sich so viel häufigeren manisch-melancholischen Naturen uns auch in den Zustandsbildern der progressiven Paralyse so überwiegend oft begegnen.

Fillassier hat kürzlich ausgeführt, daß manche Symptomenkomplexe, die bei der progressiven Paralyse beobachtet werden, nicht der paralytischen Hirnveränderung, sondern einer früher latenten, durch die Paralyse manifest gewordenen psychopathischen Konstitution entspringen. Auch Kern, der sich eingehend mit dem Vorkommen des paranoischen Symptomenkomplexes bei der Paralyse beschäftigt hat, ist der Ansicht, daß die Paralyse in diesen Fällen „nur zutage fördert, was schon lange im Keime schlummert, wie es ein andermal die Schädigung der Nuptien, des Wochenbettes, des Alkohols tut", daß also eine präformierte paranoische Veranlagung durch die Paralyse manifest geworden ist.

Am häufigsten kommen paranoische Zustandsbilder im Verlauf der hebephrenischen Geistesstörungen vor. Oft sind es die ersten Manifestationen der Schizophrenie, die unter dem Bilde einer akuten Paranoia die Kranken in die Klinik führen. Und zwar sind es unter dem Material unserer Klinik in Halle auffallend häufig die jugendlichen Kranken im Alter von 20 bis 30 Jahren, die das paranoische Zustandsbild einer hebephrenischen Psychose darbieten im Gegensatz zu Berichten aus anderen Kliniken, wo der paranoische Symptomenkomplex häufiger bei den Spätformen der Dementia praecox beobachtet wurde.

Weit seltener sind paranoische Zustände beim manisch-melancholischen Irresein und bieten hier nach unseren Erfahrungen auch weniger diagnostische Schwierigkeiten als bei der Dementia praecox, wo es, besonders wenn es sich um die Beobachtung eines einzelnen Anfalles, dem noch keine psychische Erkrankung voraufgegangen war, handelt, zuweilen kaum möglich ist, die richtige Diagnose zu stellen.

Auf diese Art der vorübergehenden paranoischen Zustandsbilder bestimmter chronischer Geisteskrankheiten soll hier nicht näher eingegangen werden.

II. Akute paranoische Erkrankungen bei exogenen Vergiftungen.

Als selbständige psychische Erkrankung finden wir akute paranoische Zustände bei exogenen Vergiftungen. An erster Stelle stehen hier wegen ihrer Häufigkeit die Alkoholvergiftungen.

Von den akuten psychischen Störungen, die auf dem Boden des Alkoholmißbrauchs entstehen, nehmen neben dem Rausch in seinen verschiedenen Modifikationen und dem Delirium tremens die paranoischen Erkrankungen einen verhältnismäßig kleinen Raum ein, jedenfalls sind sie unter unseren, an sich nicht gerade zahlreichen Fällen alkoholischer Psychosen eine recht seltene Erscheinung.

Diese Psychosen werden von den Autoren als akute Alkoholparanoia, akute Halluzinose der Trinker, akuter Trinkerwahnsinn und ähnlich bezeichnet. Es handelt sich bei diesen Erkrankungen meist um Personen im mittleren Lebensalter zwischen dem 30. und 50. Jahre und vorwiegend um Männer, die meist nach längere Zeit fortgesetztem, übermäßigem Alkoholgenuß plötzlich unter lebhaften Sinnestäuschungen, namentlich Gehörstäuschungen bedrohenden Inhalts an einem ausgesprochenen Verfolgungswahn mit starkem Angstaffekt erkranken.

Einige derartige Fälle sollen zunächst mitgeteilt und besprochen werden.

1. H. Gerhard, Steueraufseher aus Landsberg, 54 Jahre alt. In der Klinik vom 13. III. bis 10. IV. 1905.

Anamnese: Keine Heredität. Früher stets gesund. Potus: für 35 Pf. Schnaps täglich, gelegentlich ein paar Glas Bier. Seit vielen Jahren Eifersucht.

Jetzige Krankheit: Seit 3 Wochen Mattigkeit, Schmerzen im Magen und Stechen in den Waden. Seit derselben Zeit Sinnestäuschungen, Verfolgungsideen, lief mit dem Säbel im Zimmer herum.

Befund bei der Aufnahme: Örtlich und zeitlich orientiert. Merkfähigkeit, Kenntnisse usw. gut. Gibt seine Personalien usw. richtig an. Klagt über Aufstoßen, Unruhe, Angstgefühl auf der Brust. Über die psychische Erkrankung machte er folgende Angaben: Vor etwa drei

Wochen bemerkte er zuerst ein Summen und Brummen in den Ohren, dazwischen Worte, seinen Namen, Beschimpfungen; er hörte das aus dem Fußboden seines Zimmers heraus, unter dem eine Wirtschaft war, offenbar gingen die Stimmen von dort aus. Er projizierte sie auf einen gewissen Matuschek (einen Polizisten), der ihm übel gesinnt war, weil er (II.) von einer Straftat desselben (Mißhandlung eines Mannes) wußte. Diesem Polizisten mußte daran gelegen sein, ihn als unglaubwürdig hinzustellen und zugrunde zu richten. Dann reiste ein gewisser Möhring, der reiche Verwandte hatte, zu diesen und beteiligte sich mit dem Gelde, das er sich dort geholt hatte, an den Machinationen des Polizisten (der Möhring sei ein lenksamer Trottel). Diese beiden Männer warben nun eine ganze Kolonne an, die immer unten in der Wirtschaft saßen und riefen: „O Heidelberg, o Heidelberg, de supt, de supt, de supt — das erste war die Losung, das zweite das Feldgeschrei (taktmäßig gerufen). Er hörte dieses vermittels Röntgenstrahlen. Dann hörte er in der Zuckerfabrik, in der er tagsüber war, die Stimme eines Untersuchungskommissars und Regierungsrats, der sich als solcher zu erkennen gab. Diese Stimmen lobten ihn, daß er das Komplott herausbekommen habe, er werde dafür belohnt werden, dem Kaiser vorgestellt werden, den Orden pour le mérite bekommen. In letzter Zeit nahm die Sache aber immer mehr zu; er hörte nun die Stimme des Untersuchungskommissars auch aus der Wirtschaft, wo dieser über ihn schimpfte, seine Familienverhältnisse erzählte — also offenbar zu seinen Feinden übergegangen war. Er hörte nun immer noch die Losung; dazu Schimpfereien und Drohungen (Lump, Schuft, der kommt ins Gefängnis, wird abgesetzt, er soll abgeschossen werden, wenn er zum Fenster herausschaut, soll auf den Mist geworfen werden usw., es sollen Löcher durch den Fußboden gebohrt werden, dadurch wird geschossen). Er geriet in immer größere Angst, schlief nicht mehr, machte Fluchtpläne, schnallte seinen Säbel um und übte sich im Fechten — aber alles, was er sich ausdachte, war nun sogleich denen unten bekannt: sie lasen seine Gedanken und untersuchten ihn bis in einzelste (er merkte es daran, daß sie über alle seine Gedanken gleich sprachen). Schließlich in der letzten Nacht sah er auch Katzen und Hunde im Zimmer und war sehr aufgeregt.

K ö r p e r b e f u n d: Mittelgroß, kräftig, keine Arteriosclerose, Herz normal, Zunge belegt, ganz leichtes Silbenstolpern, Pupillen gleich, reagieren, Augenhintergrund normal, im linken Trommelfell alte Perforation, Hörvermögen gut.

15. III. Hat hier gut geschlafen, fühlt sich körperlich ganz wohl, keine belegte Zunge mehr. Psychisch augenblicklich frei, keine Angst, keine Halluzinationen, keine Beziehungsideen. Nachmittags erneutes Auftreten von Gehörstäuschungen. Er schildert das selbst folgendermaßen: es sei ein Summen und Surren im Ohr (links mehr als rechts)

entstanden; nur vereinzelt habe er ein deutliches Wort herausgehört, er habe zwangsmäßig darauf achten müssen und sich anstrengen müssen, die Worte herauszuhören und sich das Gehörte als Worte und Sätze zurechtzulegen (wie bei einem undeutlichen Telephonieren). Die Stimmen kamen mittels Röntgenstrahlen von Landsberg, zum Teil von dem Untersuchungskommissar und dem Staatsanwalt, sie sagten: „um 5 Uhr kommt Ihre Frau, Sie müssen um 5 Uhr abreisen, im Zimmer des Oberarztes liegt ein Telegramm, o Heidelberg, o Heidelberg.“ Er will fort, verlangt seine Sachen. Nach etwa zwei Stunden keine Phoneme mehr, war ruhig, später noch vereinzelte Phoneme. Er zeigt bereits Neigung zur Krankheitseinsicht.

18. III. Gestern nachmittag hat er wieder undeutliches Murmeln gehört, in der letzten Nacht deutliche Stimmen durch Röntgenstrahlen; er solle nach Wilhelmshaven kommen, wo ein Sohn von ihm sei, derselbe sei vom Kaiser zum Marineleutnant befördert worden. Er freue sich schon auf die Reise. Er zeigt sich Belehrungen zugänglich. Bis zum 23. III. bestanden in geringem Grade und anscheinend weniger zahlreich nur die Akoasmen fort, zuweilen war er auch tagelang ganz frei davon. Die Wahnbildung trat mehr zurück, doch hielt er daran fest, daß jetzt alles von dem Kommissar ausgehe. Dabei war er fast affektlos. Die Krankheitseinsicht war noch schwankend. Der Inhalt der Stimmen war wechselnd, er hörte unflätige Schimpfereien, Drohungen, aber auch Belobungen und Ankündigungen von Beförderungen, er sollte 1000 Mark bekommen usw. Auch viel Schimpfereien über seine Frau hörte er, sie sei ihm untreu und ähnliches. Seit dem 30. III. blieb er, nachdem in den vorhergehenden Tagen die Stimmen nur noch ganz sporadisch aufgetreten waren, völlig frei von Sinnestäuschungen und Wahnideen. Er hatte völlige Krankheitseinsicht, hielt alle Erscheinungen für krankhaft. Die Krankheitseinsicht blieb dauernd bestehen und er blieb seither frei von psychotischen Symptomen. Wurde geheilt entlassen.

Es handelt sich also um einen früher gesunden chronischen Alkoholiker, der im präsenilen Alter (54 Jahre) eine einmalige subakute psychische Erkrankung durchmachte. Daß diese als akute Alkoholparanoia aufgefaßt werden muß, ist wohl ohne weiteres klar, wenn auch zuzugeben ist, daß sich einzelne atypische Züge im Krankheitsbilde finden, z. B. optische Halluzinationen und Größenwahnvorstellungen. Diese Abweichungen sind aber nur andeutungsweise vorhanden, während bedrohliche Phoneme und Verfolgungswahnvorstellungen durchaus das Bild beherrschen. Die ängstliche Stimmungslage ist nicht sehr hochgradig entwickelt, dagegen ist die Wahnbildung in diesem Falle besonders ausgeprägt, deutlicher, als es in den meisten Fällen von

akuter Alkoholhalluzinose beobachtet wird; es zeigt sich sogar ganz ausgesprochene Systemisierung. Ein Residualwahn blieb nicht zurück, vielmehr trat völlige dauernde Heilung ein. Es braucht nicht ausdrücklich betont zu werden, daß progressive Paralyse, Dementia praecox, manisch-melancholisches Irresein oder andere chronischen Psychosen ausgeschlossen werden konnten. Für solche Fälle alkoholischer Psychose, wo die Wahnbildung so im Vordergrund steht, erscheint die Bezeichnung akute Alkoholparanoia passender als akute Halluzinose.

2. G., Karl, 65 Jahre, Eisenbahnbetriebssekretär aus Erfurt. In der Klinik vom 22. VI. bis 12. VII. 1909.

Anamnese: Keine Heredität. Frau und Kinder gesund. Er selbst soll von jeher ziemlich viel getrunken haben. Vor etwa sieben Jahren hat er an einer ähnlichen, aber kürzer dauernden Krankheit gelitten, war ängstlich, glaubte sich verfolgt, schoß sich eine Revolverkugel in die Schläfe. Er bekam dann eine Lähmung an der rechten Hand und wurde infolgedessen pensioniert. War seither gesund. Anfang Juni erkrankte er plötzlich, hörte beschimpfende Stimmen, glaubte sich verfolgt, werde fortwährend von Leuten belästigt, die ihm zuriefen „Kornschnaps, Schnapstrinker, Unteroffizier“ usw.; er sagte, er werde dadurch zur Verzweiflung gebracht, müsse sich das Leben nehmen, wenn das nicht aufhöre. Wurde ins Krankenhaus gebracht, dort hörte er weiter die Stimmen, wurde vorzeitig abgeholt, hörte zu Hause nun auch Stimmen, die sagten, er habe seine Tochter und die Krankenschwester verführt.

Bei der Aufnahme ist er geordnet und ruhig. Er macht selbst über seine Krankheit die folgenden Angaben: Er habe in der Nacht vom 31. V. zum 1. VI. sehr lebhaft geträumt und im Traume gerufen: „ich bin Unteroffizier“; das hatten die Leute, die aus der benachbarten Kneipe kamen, gehört, da die Fenster offen standen, die hätten dann geglaubt, er sei betrunken und am folgenden Tage habe er dann bemerkt, daß auf der gegenüberliegenden Straße eine männliche Stimme beleidigende Worte über ihn ausrief, gesehen habe er jedoch niemanden; darauf hörte er eine weibliche Stimme antworten, diese Stimme sei gewissermaßen das Echo der männlichen gewesen, indem sie die Ausrufe wiederholte. Die Stimmen lauteten „besoffen gewesen“, — „Staatsanwalt“ — „Tochter verführt“ — „Nordhäuser trinkt er nicht, Spiritus trinkt er“.

Die Stimmen hörte er fast den ganzen Tag, regte sich sehr darüber auf, wollte die Leute anzeigen, wurde ängstlich, träumte angeblich nachts von diesen Stimmen und schlief deshalb sehr schlecht. Da die Stimmen nicht nachließen, ging er am 4. VI. ins Krankenhaus, wo er auch die

Stimmen hörte; es waren immer dieselben Stimmen, besonders deutlich war die männliche Stimme, jedoch weiß er nicht, wessen Stimme es war, es sei keine ihm bekannte Stimme gewesen. Bis zum 17. VI. blieb er im Krankenhaus, wo er halb und halb zu der Überzeugung kam, daß es sich um Sinnestäuschungen handelte, er glaubte, „die Stimmen hätten sich in seinen Ohren festgesetzt". Im Krankenhaus war besonders sein Angstgefühl gewichen. Als er wieder in seiner Wohnung war, ging es wieder ärger als vorher los mit den Stimmen, so daß er schließlich auf den Rat seines Arztes hierher in die Klinik kam.

Befund: Patient liegt ruhig im Bett, ist zeitlich und örtlich völlig orientiert, bewertet seine Umgebung richtig, gibt auf Fragen prompt und sachgemäß Antwort, erzählt klar und ohne erhebliche Abschweifung und Umständlichkeit seine Krankengeschichte. Keine krankhaften motorischen Erscheinungen. Die Stimmung ist eine leicht deprimierte, der Sachlage entsprechende. Patient erzählt, er habe auch hier die Stimmen gehört, es seien dieselben wie zu Hause, jedoch seien sie hier weniger intensiv aufgetreten, auch habe er hier kein Angstgefühl, wie er es zu Hause hatte, er sei halb und halb überzeugt, daß es Sinnestäuschungen seien, aber anfangs sei es Wirklichkeit gewesen. Wer das gewesen sei, wisse er nicht, er habe auch keinerlei Verdacht, könne nur sagen, daß die Erfurter eine schlechte Sorte seien, denen man wohl so etwas zutrauen könne; es sei auch möglich, daß die Arbeiter, die vorwiegend in seiner Nähe wohnten, Sozialdemokraten seien und ihn wegen seiner besseren Situation beneideten. Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten haben nicht bestanden und fehlen auch zurzeit. Von Angst ist zurzeit nichts zu bemerken, er sagt, hier habe er kein Angstgefühl verspürt.

Körperbefund: Potatorenhabitus. Pupillen: beide etwas entrundet, reagieren gut. Beide bulbi etwas prominent. Hirnnerven ohne Besonderheiten. Corneal- und Conjunctivalreflexe beiderseits etwas schwach. Zunge gerade, zittert nicht. Herzgrenzen etwas verbreitert. Töne leise, aber rein. Arterien rigide. Bauchorgane bis auf rechtsseitigen Leistenbruch ohne Besonderheiten. Keine Reflexstörungen.

23. VI. Patient hat nachts gut geschlafen, keine Stimmen mehr gehört, fühlt sich jetzt ganz wohl, hört auch am Tage jetzt nichts mehr.

24. VI. Keine Änderung des Zustandes, hat nachts gut geschlafen, keine Stimmen mehr gehört, ist bezüglich der Phoneme zu Hause nicht völlig überzeugt, daß es sich um Sinnestäuschungen handelte.

Am 25. VI. schrieb er auf Aufforderung folgenden Bericht über seine Erkrankung: Ich soll in der Nacht vom 31. V. zum 1. VI. im Schlaf bei offenem Fenster gerufen haben „ich bin Unteroffizier" und noch anderes, ich weiß aber von allem nichts. In derselben Nacht wollen nun Leute, welche aus der Kneipe bei mir nebenan gekommen sind, Vorstehendes gehört haben und es ist nun ausgesprochen worden, ich

wäre total besoffen. Am 3. Feiertag habe ich nun nach meiner Ansicht Stimmen gehört, die dies ausgesprochen haben, namentlich eine kräftige Stimme, und als ob eine weibliche „akomtiert" habe, Gestalten habe ich dabei niemals gesehen. Ich habe nun die ganze folgende Zeit, ob in Wirklichkeit, will ich nicht behaupten, Stimmen gehört, die ausschrien, der Kerl ist immer besoffen und er säuft Tag und Nacht Nordhäuser, ja in der letzten Zeit sogar Spiritus, und soll die Nächte von nichts weiter im Schlaf gesprochen (phantasiert) haben, als immer Schnaps, Spiritus; wenn dies wirklich der Fall wäre, hätte es doch wohl meine Familie am ersten gehört. Ich bin infolgedessen, da ich angenommen habe, ich soll blamiert und lächerlich gemacht werden, ängstlich und aufgeregt geworden, denn ich habe stets auf meine Ehre gehalten, getobt habe ich nicht.

Ferner schrieb er an demselben Tage folgenden Brief:

Meine liebe Alte!

Ich bin am Einlieferungstage in ein Zimmer gelegt worden, wo schon 8 Mann lagen, sogar $^3/_4$ Verrückte. Am vorgestrigen Tage wurde ein Zahnarzt wegen Säuferwahnsinn eingeliefert, der dann bis gestern phantasierte, nachmittags war er tot; ich war inzwischen nach dem Nebenzimmer gelegt worden, wo nur zwei Mann, Epileptische, der eine schon 3, der andere schon 4 Jahre sind. Ich befinde mich den Umständen nach soweit wohl, Stimmen habe ich nur den ersten Nachmittag noch gehört, sonst nicht mehr; die Ärzte sind zufrieden, ich darf jetzt im Garten spazieren gehen, in dem besseren Teil, und werde wahrscheinlich bald nach einer anderen Station verlegt, wo ich ein Zimmer für mich allein habe und mich freier bewegen kann. Das Essen ist trotz 2. Klasse ganz miserabel; belegtes Brot gibt es nicht, was man bekommt, ist fast trocken, man ißt es, um den Hunger zu stillen, der Belag muß extra bezahlt werden, gegen das Erfurter Krankenhaus müßte das hier höchstens 2 Mark kosten. Wenn es Dir möglich ist, schicke mir doch ein paar Mark zum Leben. Du kannst ja zum 1. Juni meine Apanage dafür nehmen.

Heute nacht habe ich fast gar nicht geschlafen, nebenan sind ein paar Tobsüchtige, wovon der eine fürchterlich brüllte. Übrigens ist im Nebenzimmer ein Erfurter, welcher einen gehörigen Spitz hat, machte mit mir natürlich gleich Bekanntschaft.

Es grüßt Dich herzlich und die Kinder in Liebe

Carl.

28. VI. Er ist dauernd ruhig und geordnet, fühlt sich völlig wohl. Psychische Störungen sind nicht mehr nachweisbar. Es besteht völlige Krankheitseinsicht. Gelegentlich traten schnell vorübergehende geringgradige Ohrgeräusche auf und zuweilen wurde er bei der Erörterung

der Vorgänge in Erfurt etwas aufgeregt. Während der letzten 14 Tage seines Kliniksaufenthaltes ließ sich nichts Krankhaftes mehr nachweisen. Krankheitseinsicht blieb dauernd bestehen. Er wurde als geheilt entlassen.

Hier haben wir es mit einem älteren, schon dem Senium sich nähernden Manne zu tun, der seit langer Zeit dem Alkoholmißbrauch huldigte und vor 7 Jahren schon einmal — im Alter von 58 Jahren — eine gleichartige akute Psychose, aber von noch kürzerer Dauer durchmachte, dann jedoch gesund war. Die vorliegende Psychose ist eine typische Alkoholparanoia im Recidiv. Andere Erkrankungen kommen nicht in Frage. Als einziger ätiologischer Faktor fand sich der Alkoholabusus. Es ist zu bemerken, daß die Psychose sowohl im Krankenhause wie in der Klinik gleich nach der Aufnahme eigentlich schon aufhörte, zwischendurch aber zu Hause sofort wieder in alter Heftigkeit ausbrach.

3. K., Karl, 30 Jahre alt, Steinhauer aus Nebra. In der Klinik vom 6. VII. bis 31. VII. 1905.

Anamnese: Ein Bruder war geisteskrank, Heredität sonst ohne Besonderheiten. Seit vielen Jahren ist er Trinker. Vor zwei Jahren war er wegen einer ähnlichen Erkrankung — war ängstlich — im Krankenhaus in Dortmund. Seit einigen Wochen hat er nicht mehr regelmäßig gearbeitet, viel getrunken. Wurde dann leicht ängstlich, bekam Schweißausbrüche, hatte Ohrensummen, hörte schließlich einzelne Worte. Verschlimmerung seit etwa 8 Tagen. Er hörte seinen Namen rufen. Die Stimmen und das Brummen im Ohr müßten wohl aus einem Telephonapparat kommen; er wurde von einem Wirt angerufen, dem er seine ganze Lebensgeschichte erzählen mußte. Am Tage vor seiner Einlieferung sah er, auf einer Bank sitzend, zwei Burschen auf sich zukommen, deren einen er als Messerhelden kannte, er lief gleich davon; als er wieder in den Ort zurückkam, schrie man auf allen Straßen — es war eine Menge Volk hinter ihm her — der X. ist totgeschossen und Kaiser ist daran schuld. Er lief zur Polizei, wurde dort ins Arrestlokal gebracht und verlebte da eine schlaflose Nacht. Man schrie draußen: „der Lump, der hat seine Schweine gefickt, schießt ihn tot“. Durch alle Lücken wurden Gewehrläufe hereingeschoben und auf ihn geschossen.

Bei der Aufnahme war er völlig geordnet, klar und orientiert. Gab selbst die vorstehende Anamnese. Zweifelte bereits hie und da an der Realität seiner Wahrnehmungen. Er hat am Aufnahmetage noch Summen in den Ohren gehabt und die ihn ausfragende Stimme des Wirtes durchs Telephon gehört. Merkfähigkeit, Urteil, Kenntnisse erwiesen sich als gut. Der Körperbefund ergab außer rotem, gedunsenem

Gesicht, leichtem Sprachstolpern, Tremor, lebhaften Reflexen nichts Krankhaftes. Bis zum 9. VII. hatte er noch manchmal Summen in den Ohren, hörte auch noch seinen Namen rufen, sagte, er verstehe das meiste nicht, weil das Telephon nicht so weit reiche.

Vom 10. VII. an traten keine Akoasmen und Phoneme mehr auf. Seit diesem Tage bestand auch volle Krankheitseinsicht, die dauernd bestehen blieb. Er wurde als geheilt entlassen.

Ein recht jugendlicher Mann (30 Jahre), der aber schon seit vielen Jahren viel getrunken und schon einmal im Alter von 28 Jahren eine ähnliche Psychose gehabt hat. An der Diagnose ist wohl nicht zu zweifeln. Der Ausbruch der Psychose schloß sich an einen mehrwöchigen stärkeren Alkoholmißbrauch an. Der Verlauf war ein ganz akuter und bislang ist keine psychische Erkrankung wieder aufgetreten, obwohl der Alkoholismus, wenn auch in mäßigerem Grade, fortbestanden hat.

Der vorhergehende Fall und dieser zeigen, daß bei Trinkern nach ganz verschieden langer Zeit des Alkoholabusus akute paranoische Zustände auftreten, die sich bei weiterer Zufuhr des Giftes früher oder später wiederholen. Leider läßt sich in solchen Fällen nie mit einiger Sicherheit die Menge des täglich genossenen Alkohols feststellen, was doch vielleicht für den Ausbruch der Erkrankung von Wichtigkeit wäre. In diesen beiden Fällen ergab sich die Wahrscheinlichkeit, daß der letztere der stärkere Potator war; auch schien er der psychisch Minderwertigere zu sein, obwohl sich deutlich Zeichen eigentlicher psychischer Entartung weder anamnestisch, noch während der Beobachtungszeit fanden, nur die Geisteskrankheit des Bruders, über die sich nichts Genaueres in Erfahrung bringen ließ, deutete auf erbliche Belastung hin.

Im Anschluß an diese zwei Fälle von rezidivierender akuter Alkoholparanoia sei noch erwähnt, daß beide Kranke während des ersten Anfalles zwar nicht in der Klinik waren und daher genaueres über diese erste Psychose nicht bekannt ist — sie waren damals in allgemeinen Krankenhäusern auf der internen Station —, daß aber nach den Schilderungen der Angehörigen kaum daran gezweifelt werden kann, daß es sich ebenfalls um eine akute Halluzinose gehandelt hat. Diese Annahme wird bestärkt durch unsere Beobachtungen an anderen Kranken mit akuter Alkoholparanoia, die Alkoholiker blieben und, wenn sie nach kürzerer oder längerer Frist wieder psychotisch wurden, mit

derselben Psychosenform eingeliefert wurden, nie aber eine andere alkoholische Psychose bekamen; einer von ihnen, ein Potator strenuus, war viermal in relativ kurzer Zeit wegen akuter Halluzinose in der Klinik. Die ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten erübrigt sich, da sie außer diesem Rezidivieren nichts Besonderes bieten.

4. F., August, 36 Jahre alt, Steinmetz aus Halle. In der Klinik vom 3. VII. bis 8. VII. 1909.

Anamnese: Keine Heredität. Frau gesund, keine Kinder. Keine früheren Krankheiten. Seit 3 Wochen hat er auffallend viel getrunken, für 40 bis 50 Pf. Schnaps täglich. Lief oft von der Arbeit fort, kam dann in stark angetrunkenem Zustande nach Hause, mißhandelte seine Frau in roher Weise, zog sie an den Haaren durch die Stube, trat und schlug sie. Am 26. VII. trat nachts ein starker Schweißausbruch ein mit Erbrechen und Durchfall, welcher Zustand 3 Tage anhielt. Am 30. nachts trat eine ängstliche Erregung auf, er schrie um Hilfe, sah Männer in der Kammer, welche die Mauer durchbrochen hatten, holte von der Polizeiwache 3 Polizisten und wollte denselben die durchbrochene Mauer zeigen. Holte sich dann ein Tischmesser, legte es unter das Kopfkissen, stach dann auf die Einbrecher los, wenn sie ihm wieder erschienen. Sah auch Hunde und Katzen unter dem Bette laufen. Während der nächsten Tage scheint er dann verhältnismäßig ruhig im Bett gelegen zu haben. In der Nacht vor der Aufnahme wurde er wieder ängstlich, lief auf die Straße, rief den Hauswirt um Hilfe, sah Männer, welche ein Loch durch den Giebel brachen.

Bei der Aufnahme war er ruhig, wurde nur einmal etwas erregt, als seine Frau sagte, er leide an Sinnestäuschungen, habe Gestalten gesehen, die nicht da waren; er sagte darauf: „ich will mir gleich den Kopf abhacken lassen, wenn das nicht wahr ist, ich habe es ganz genau gesehen; wenn du es nicht gesehen hast, bis du eben verrückt". Geht willig auf die Station.

Befund: Patient liegt ruhig im Bett, ist zeitlich und örtlich völlig orientiert, bewertet seine Umgebung richtig, über seine Person und Situation ist er vollständig im klaren. Auf Fragen antwortet er prompt und sachgemäß. Über seine Krankheit machte er die folgenden Angaben: Vor etwa 8 Tagen sei er an Erbrechen und Durchfall erkrankt, habe Medizin bekommen; später habe er Kopfschmerzen bekommen, habe dann bis 2. VII. ruhig im Bett gelegen; an diesem Tage abends gegen 10 Uhr sah er plötzlich, daß oben in der Wand der Stube ein großes Loch entstanden war, aus diesem Loch kroch ein schwarzgekleideter Mann, ließ sich an der Wand herabgleiten, dann folgten ihm unmittelbar noch 3 ebenso gekleidete Männer nach, diese 4 Männer kamen lautlos auf ihn zugeschlichen, als sie nahe am Bett waren, schrie

er sie an: „wenn ihr nicht macht, daß ihr fortkommt, schlage ich euch den Kopf ein", brannte dann das Licht an und sah, daß die Kerle verschwunden waren, auch das Loch in der Wand war nicht mehr zu sehen. Er weckte seine Frau und forderte sie auf, mit ihm aufzupassen, löschte das Licht aus und nach ca. 10 Minuten sah er (bei Mondenschein), daß wieder das Loch in der Wand war, daß derselbe Mann wieder herauskam; dieser stellte sich auf die Spiegelkommode und winkte seinen Gefährten, die inzwischen aus dem Loch hervorkrochen, es waren diesmal 6 Männer, die auf den Fußboden gegen sein Bett herankrochen, einer hing am Perpendickel einer alten Uhr, die neben dem Bett des Patienten hängt. Er bekam nun erst starke Angst, stand auf, zog sich an, lief fort, wollte draußen den Anbruch des Tages abwarten; als er auf der Straße war, fühlte er sich sicher, die Angst verließ ihn, er traute sich jedoch nicht wieder in die Wohnung, ging in der Stadt spazieren bis zum Morgen, besuchte dann seine Mutter, erzählte ihr das nächtliche Erlebnis, die lachte ihn aus, sagte, es wären Einbildungen. Er ging dann morgens zum Arzt, der ihm riet, in die Nervenklinik zu gehen, womit Patient einverstanden war, da er glaubte, in der Klinik von seinen Kopfschmerzen befreit zu werden. An seine in der Wohnung zurückgelassene Frau dachte er mit einiger Besorgnis, sagte sich aber schließlich, es sei ihre eigene Schuld, wenn ihr etwas passierte, er habe sie aufgefordert mit ihm fortzugehen, aber sie habe ja nicht gewollt. Außer diesem zweimaligen Erscheinen der Männer in der Wohnung hat er nichts Verdächtiges gemerkt. Stimmen hat er nicht gehört. Auf der Straße hat er keine Sinnestäuschungen gehabt, sich auch nicht verfolgt gefühlt. Er ist überzeugt, daß diese Männer wirklich dagewesen sind, will auf keinen Fall in die alte Wohnung zurück, meint, es sei da zu unsicher, glaubt, die Männer hätten ihn umbringen wollen, er habe sie nicht gekannt, sie seien vermummt gewesen, man habe nur die Augen sehen können, er habe keinerlei Verdacht, wer das etwa gewesen sein könnte. Auf Vorhalt gibt er zu, es könne vielleicht auch ein Traum sein, ganz überzeugt sei er aber davon nicht. Hier fühle er sich völlig wohl und sicher, habe keinerlei Beschwerden mehr, hält sich für völlig gesund. Patient benimmt sich sehr geordnet und ist ganz ruhig. Irgendwelche weiteren psychische Krankheitssymptome sind nicht nachweisbar. Die Intelligenz ist gut.

K ö r p e r l i c h e r B e f u n d: Linker Facialis etwas schwächer als der rechte. Hirnnerven sonst ohne Besonderheiten. Beim Sprechen zuweilen etwas Vibrieren. Tremor der Hände vorhanden. Innere Organe ohne Besonderheiten. Keine Zeichen einer organischen Nervenkrankheit.

4. VII. Patient hat nachts gut geschlafen. Keine Sinnestäuschungen mehr gehabt. Fühlt sich völlig wohl, möchte bald entlassen werden. Kommt allmählich mehr und mehr zu der Überzeugung, daß es ein Traum gewesen sei, jedoch hält er noch an der Möglichkeit fest, daß die

Wohnung verdächtig sei und daß möglicherweise doch die Männer im Zimmer gewesen seien.

5. VII. Patient hat gut geschlafen, ist dauernd ruhig und geordnet. Patient ist jetzt völlig davon überzeugt, daß es ein traumhaftes Erlebnis war, meint, es komme davon, daß er so lange im Bett gelegen habe, was er nicht vertragen könne, da er die Arbeit im Freien gewohnt sei. Je mehr er über die Sache nachdenke, desto unwahrscheinlicher erscheine sie ihm, er halte es jetzt für ganz unmöglich, daß plötzlich so ein Loch in der Wand entstünde und Kerle daraus hervorkröchen, er müsse daher annehmen, daß die ganze Sache ein Traum gewesen sei. Der körperliche Befund ist außer gelegentlichem Muskelflimmern im Gesicht beim Sprechen normal. Keinerlei psychotische Symptome mehr. Geheilt entlassen.

Dieser Fall ist deswegen bemerkenswert, weil hier im Gegensatz zur Regel die Halluzinationen nur in Visionen bestanden. Es ist trotzdem wohl nicht zu zweifeln, daß es sich um eine akute Alkoholparanoia handelt; der Symptomenkomplex: Sinnestäuschungen, Angstgefühl, Verfolgungswahn war deutlich ausgeprägt, der Alkoholismus erwiesen, der ganze Verlauf entsprach dem der akuten Halluzinose. Es sei noch erwähnt, daß der Ausbruch der Erkrankung in diesem Falle auch nach kurz vorhergegangenem ungewöhnlich starkem mehrwöchigem Alkoholgenuß stattfand und ferner in unmittelbarem Anschluß an ein körperliches Unwohlsein, welches einige Tage Bettruhe bedingte. Ein atypisches Delirium ist auszuschließen, da jede Desorientiertheit fehlte, auch keine Andeutung von Beschäftigungsdelir zu finden war. Daß es sich nicht um einen traumartigen Zustand handelte, der nachher umgedeutet und mit Realitätswert versehen wurde, ging aus den bestimmten Angaben der Frau hervor, die bezeugte, daß der Patient in völlig wachem Zustande die Gesichtstäuschungen hatte. Auffallend war die große Entschiedenheit und Unbeeinflußbarkeit, mit der er anfangs an der Realität des Erlebten festhielt, sowie die außerordentliche plastische Deutlichkeit der Visionen, die er bis in alle Einzelheiten schildern konnte. Die so sehr kurze Dauer des eigentlichen halluzinatorischen Stadiums ist auch ungewöhnlich. Bei der Entlassung schien er völlig gesund, es hat sich aber herausgestellt, daß offenbar doch noch ein gewisser wahnhafter Rest zurückgeblieben war, da er sofort seine bisherige Wohnung aufgab und nach einem anderen Stadtviertel verzog, was er seiner Frau gegenüber damit begründete, es sei ihm doch ungemütlich und unheimlich in dem Hause. Seither

ist er aber völlig gesund geblieben, obwohl es höchstwahrscheinlich ist — trotz seines Leugnens —, daß er weiter trinkt.

5. S., Albert, 29 Jahre alt, Kaufmann aus Fermersleben. In der Klinik vom 30. VI. bis 17. VII. 1909.

Anamnese: Keine Heredität. Frau und Kind gesund. Keine Aborte. Er selbst ist früher nie krank gewesen. Er trinkt etwas, ist selten betrunken. Nach Angabe des Arztes in Fermersleben liegt bei S. kein Alkoholmißbrauch vor. Derselbe Arzt gab an, daß er immer etwas verschlossen und in sich gekehrt war, auch öfter jähzornig. In letzter Zeit hat er sich Sorgen über sein Geschäft gemacht, welches nicht mehr so gut ging wie früher. Kurz vor dem Ausbruch der Erkrankung hatte er einen ziemlich harmlosen Streit mit Hausgenossen. Die Frau machte folgende Angaben: Sie habe in glücklicher Ehe gelebt. Ihr Mann habe nicht getrunken. Auf näheres Befragen gibt sie zu, daß er seit einem Vierteljahr stärker getrunken hat, sie habe es ihm verboten, er habe aber oft, wenn er geschäftlichen Ärger gehabt hat, sich abends einen angetrunken, Bier und Kognak habe er getrunken, wie viel ist nicht zu erfahren. Am 27. VI. habe er Erbrechen gehabt, habe den ganzen Tag im Bett gelegen, am 28. ging es ihm morgens besser. Nachmittags 4 Uhr begann er zu „phantasieren", sagte zu seiner Frau: „siehst du nicht die Leute, hörst du, jetzt verbieten sie uns, wir sollen nicht sprechen, wir sollen im Laden trinken lassen", hat nachts nicht geschlafen, sagte, er solle verhaftet werden, lief nachts um 1 Uhr fort zum Rathause, sagte dort, er sei verhaftet, wurde von der Polizei nach Hause gebracht, zitterte am ganzen Körper, hatte große Angst, lag dann kurze Zeit im Bett, stand wieder auf, sah durchs Fenster, sprach dann immer von Verhaften.

Am 29. VI. bestand derselbe Zustand weiter, einmal stand er $1^1/_2$ Stunde lang starr und sprachlos da, sagte schließlich, er sei nun zu 30 Jahren Zuchthaus verurteilt, er müsse nun fort, ging dann auf die Straße, bekam plötzlich einen Krampfanfall (unsicher, vom Arzt nicht bestätigt), soll hingefallen sein, Zuckungen gehabt haben, $^1/_4$ Stunde bewußtlos gewesen sein, sich am Kopf verletzt haben. Er konnte nicht im Bett gehalten werden, ging ans Fenster, rief nach seiner Schwester, arbeitete später dann viel im Laden, räumte auf, verkaufte aber dabei richtig. Abends wurde er wieder unruhig, blieb nicht im Bett, klopfte an die Tür, glaubte zu telephonieren, zog sich aus und an, sah wieder die Polizei draußen stehen, wollte mit dem Zug wegfahren. Am 30. VI. morgens wollte er fort, sagte, er müsse zum Gericht.

Befund: Bei der Aufnahme ist er ruhig und geordnet. Blieb auch in der ersten Nacht ruhig. Morgens liegt er ruhig im Bett mit aufmerksamem Gesichtsausdruck. Auf Fragen antwortet er sachgemäß.

Örtlich und zeitlich ist er völlig orientiert, auch über seine Person und Situation, die Umgebung bewertet er richtig, die Stimmung ist eine gleichmäßige, indifferente. Von Halluzination ist zunächst nichts zu merken. Auf die Frage, ob er krank sei, antwortet er: „nein, ich fühle mich ganz wohl". Er sei hier wegen der Klagesache mit seiner Frau, „ich bin doch gestern auch verurteilt wie meine Frau, hat ein Kind gehabt als Mädchen, eine Mißgeburt, die soll sie totgemacht haben, ich weiß ja auch nicht wie das ist, das ist so eine verwickelte Geschichte, und wie ich da nun zwischen gekommen bin, weiß ich nicht". Gestern verurteilt? „Ja, zu 14 Monaten Gefängnis. Meine Frau hat wohl 6 Monate und 20 Tage gekriegt und gleich als das Urteil verkündet war, bin ich hierher gekommen und da habe ich gebadet und bin dann ins Bett gekommen." Wo verurteilt? „Na, hier gestern nachmittag, der andere Doktor mit den vielen Narben hat doch das Urteil gesprochen, Sie waren doch auch dabei; zu Hause war ich zu 17 Monaten verurteilt und meine Frau zu 7, davon hat der Doktor gestern 3 Monate nachgelassen, er hat gleich telegraphiert, Albert zu 14 Monaten verurteilt, ich habe den Zettel gesehen, wie er zum Telegraphenamt getragen wurde." Wo ist Ihre Frau? „Die sitzt hier in Haft, gestern abend habe ich gehört durch das elektrische Rohr an meinem Bette, daß sie rief: ‚hier muß ich nun 6 Monate sitzen im Dunkeln, kein Wasser und kein Licht'.» Sie jammerte fortwährend, ich sollte kommen. Ich habe auch gesehen, wie sie an das Fenster klopfte, und ihr die Haare ins Gesicht hingen und der kleine Junge zeigte mit der Hand hin und sagte, ‚da', ich konnte ganz genau sehen, wie sie in der Zelle saß und schrie und mit den Händen an die Wand klopfte und sagte: ‚kein Fenster, kein Fenster — wo ist denn mein Ottchen, hast du denn Ottchen bei dir — kein Wasser, kein Wasser'. Ich konnte sehen, wie sie so mit der Zunge leckte, wie man tut, wenn man durstig ist und kein Wasser hat — schließlich sagte sie, ‚jetzt kommt einer, der schließt auf, der bringt mir gewiß Wasser', und da bin ich dann darüber eingeschlafen." Patient liegt in der Nähe des Fensters und hält die draußen mit zwei Schrauben angebrachte Markisenstange für eine elektrische Leitung, „eine Art Sprachrohr", glaubt, daß durch Vermittlung dieser Leitung seine Frau zu ihm gesprochen habe, glaubt an den Schrauben oder auf den Schrauben seine Frau gesehen zu haben, wundert sich, daß man das „so natürlich" sehen könne.

Körperlicher Befund: Stottert stark. Hirnnerven sonst ohne Besonderheiten. Leber etwas vergrößert. Innere Organe ohne Besonderheiten. Nervengeflechte und Nervenstämme überall etwas druckempfindlich. Deutlicher Tremor der Hände.

3. VII. Patient hat außer an dem ersten Abend seines Hierseins keine Stimmen mehr gehört, hat immer gut geschlafen. Gesichtstäuschungen sind auch nicht mehr aufgetreten. Er verhält sich ge-

ordnet und ruhig, hält an den Wahnideen, daß er und seine Frau verurteilt sind, fest, glaubt, daß seine Frau hier interniert sei, bittet den Arzt, ihm zu erlauben, daß er seine Frau besuche.

Gibt nachträglich an, es sei ihm so gewesen, als ob er auch am Morgen nach der ersten Nacht hier noch einmal die Stimme seiner Frau gehört habe, sie habe gesagt: „jetzt kommt der Kaffee, der ist aber schlecht". Er habe das aber nur undeutlich gehört und könne nicht genau sagen, ob es Wirklichkeit gewesen sei.

7. VII. Klinische Vorstellung: Er hat die Stimme seiner Frau gehört, ich lag im Bett, mit einem Male hörte ich meine Frau, sie wäre verurteilt zu 6 Monaten und 20 Tagen, es wäre so dunkel bei ihr und sie solle so lange aushalten. Er hat gewacht, wie er diese Stimme hörte; dieselbe sei nicht so laut gewesen, wie die Stimme des Arztes. Einmal sei er des nachts aufgewacht (zu Hause), da kam es aus dem Öllämpchen neben seinem Bette herausgezogen wie kleine Gespenster. Dieselben sprachen mit sich. Wenn er aber herausguckte, war nichts zu sehen. Jetzt meint er über dieses Erlebnis, es könnte ein Traum gewesen sein.

12. VII. Patient ist dauernd ruhig und geordnet. Halluzinationen sind nicht mehr aufgetreten. Jedoch hält er noch an der Wahnidee, verurteilt zu sein, fest. Er sagt, er könne sich das nicht erklären, seine Frau habe bei ihrem Hiersein gesagt, es sei alles nicht wahr und lediglich Einbildung, aber er habe das doch erlebt und könne sich nicht denken, daß das alles geträumt gewesen sei, anderseits wisse er auch nicht, weshalb er verurteilt sein solle, da er doch nichts verbrochen habe, die ganze Sache sei ihm höchst unklar, er wisse wirklich nicht, was er davon denken solle.

16. VII. Patient scheint jetzt völlig überzeugt zu sein, daß alles auf Einbildung beruhe, jedoch ist es ihm noch nicht recht denkbar, daß es Sinnestäuschungen waren, die zu diesen Wahnideen führten, er sagt immer wieder, er wisse gar nicht recht, was er denn denken solle, er sähe ein, daß alles Unsinn gewesen sein müsse, er sei wohl sehr aufgeregt gewesen, so daß er nicht recht über die Sache habe urteilen können. Jetzt glaube er, daß er nicht verurteilt sei. Er hält sich nicht für einen Alkoholiker, gibt aber zu, hin und wieder zuviel getrunken zu haben, will wegen der Verführung seinen Laden verkaufen.

17. VII. Geheilt nach Hause entlassen.

Dieser jugendliche Patient (29 Jahre) war jedenfalls kein starker Trinker — der Arzt, der in dem kleinen Orte die Bewohner doch genau kennt, bescheinigt ausdrücklich, daß er kein Potator sei — sein Potatorium war nur der Frau bekannt, war kein gewohnheitsmäßiges, sondern nur ein gelegentliches — er trank nur zu Hause, nur abends, wenn er geschäftlichen Ärger gehabt hatte, außerdem bestand dieses Trinken erst seit einem

Vierteljahr vor Ausbruch der Psychose. Trotzdem erkrankte dieser Mann an einer heilbaren Psychose paranoischer Art, die ganz einer akuten Alkoholparanoia ähnlich sah. Der angebliche epileptische Krampfanfall ist, da er der einzige blieb und nicht einwandsfrei beobachtet wurde, für die Diagnose und Ätiologie nicht zu verwerten; um einen genuinen Epileptiker handelt es sich jedenfalls nicht, es käme höchstens ein alkoholepileptischer Anfall in Frage, der dann für die alkoholische Natur der Psychose spräche. Es kann fraglich sein, ob hier wirklich eine Alkoholparanoia vorliegt, da der Alkoholabusus eigentlich zu kurz dauernd und quantitativ zu gering war. Außer dem Alkohol kommt in diesem Falle wenigstens als auslösende Ursache ebenso wie in dem vorigen noch eine akute Magen-Darmstörung in Betracht, und schließlich darf nicht unberücksichtigt bleiben, daß in den seit längerer Zeit bestehenden geschäftlichen Sorgen auch ätiologische Momente psychischer Natur gegeben sind. Also keine völlige eindeutige Ätiologie, gleichwohl ist doch dem Alkohol wohl die ausschlaggebende Rolle für die Entstehung der Psychose zuzuschreiben.

Diese Krankengeschichten zeigen, daß die akute Halluzinose, abgesehen vom kindlichen, in jedem Lebensalter auftritt, daß die Dauer und der Grad des vorhergegangenen Alkoholgebrauches ganz verschieden sein kann und daß dasselbe Individuum mehrmals betroffen werden kann. Übrigens schließt das Kindesalter keineswegs die akute Halluzinose aus, wie die Mitteilung von Rittershaus zeigt, der einen 16 jährigen Jungen beobachtete, welcher aus schwer belasteter Trinkerfamilie stammte, selbst seit Jahren Trinker war und seit dem 12. Lebensjahre wiederholt (dreimal) an akuter Alkoholhalluzinose erkrankt war.

Es ist zweifellos, daß derartige, in den meisten Fällen perakut verlaufende paranoische Erkrankungen in ihrer reinsten Form vorwiegend bei Personen beobachtet werden, die längere Zeit übermäßigem Alkoholgenuß ergeben waren. Es sind keine einfachen akuten Alkoholvergiftungen, die sich bekanntlich ganz anders darstellen, chronischer Alkoholmißbrauch ist zu ihrer Entstehung erforderlich. Aber es sind keineswegs häufige Ereignisse bei chronischen Alkoholikern, sondern Seltenheiten im Vergleich mit den anderen alkoholischen Psychosen. Ferner ist es Tatsache, daß die Personen, die einmal an akuter Alkoholparanoia, an akuter Halluzinose erkrankten, wenn sie weiter trinken und

wieder psychotisch werden, in der Regel wieder eine akute Alkoholparanoia bekommen. Dieses Verhalten läßt sich nicht durch die Annahme von ätiologischen Zwischengliedern (Bonhöffer) erklären, denn diese muß man, wenn überhaupt, für alle alkoholischen — und sonstige toxischen — Psychosen postulieren. Das Auftreten und besonders das rezidivierende Auftreten gerade der akuten paranoischen Erkrankungen bei einigen wenigen chronischen Alkoholikern ist damit nicht erklärt. Man muß für das Zustandekommen gerade dieser Art der psychischen Störung eine bestimmte individuelle paranoide Artung, eine paranoische Disposition der betreffenden Personen annehmen, die es bedingt, daß die alkoholische Noxe im Verein mit den ätiologischen Zwischengliedern gerade diese krankhafte Reaktion des Gehirns zur Folge hat. Der Umstand, daß zuweilen auch ein Delirium tremens bei sonst an akuter Halluzinose Erkrankten vorkommt und daß gelegentlich sich Übergangsformen beider Erkrankungen beobachten lassen, spricht nicht gegen diese Annahme, da das Delirium tremens wahrscheinlich unabhängig von endogenen Momenten bei ganz bestimmten äußeren Bedingungen (reichliche Alkoholaufnahme, plötzliche Abstinenz, Hinzutreten fieberhafter Erkrankungen), wahrscheinlich auch unter ganz bestimmtem Verhalten der ätiologischen Zwischenglieder, jeden chronischen Alkoholiker gelegentlich ergreifen kann, ganz ähnlich wie die progressive Paralyse ohne nennenswerte Rücksicht auf die spezielle psychische Artung des betreffenden Individuums jeden Luetiker befallen kann, wenn bestimmte, im wesentlichen exogene, jedenfalls nicht rein psychische Bedingungen erfüllt sind. Diese Ansicht, daß das im Grunde ursächliche Moment für die Alkoholparanoia in der speziellen psychischen Disposition der betreffenden Personen zu suchen ist, würde am besten gestützt und nahezu erwiesen werden durch die Beibringung von Fällen, bei denen bei demselben Kranken einmal lediglich durch den Alkohol, ein anderes Mal durch eine andere Schädlichkeit (beispielsweise durch die Haft oder andere psychische Ursachen) eine akute paranoische Erkrankung hervorgerufen wurde.

Ganz einwandsfreie derartige Fälle habe ich weder beobachtet noch in unseren Krankengeschichten oder in der Literatur gefunden. Bei dem eventuell in Betracht kommenden Fällen ließ sich eben niemals die Alkoholwirkung völlig ausschließen, was

ja verständlich ist, da es sich eben meist um chronische Alkoholisten handelt. Immerhin hält es Bormann für erwiesen, daß die akute Halluzinose auch ohne weiter fortgesetzten Alkoholgenuß rezidivieren kann, da er unter seinem Material von 26 akuten Halluzinosen, von denen 12 mehrere Male rezidivierten, zwei fand, die angeblich ohne Alkoholgenuß eine rezidivierende Halluzinose bekamen und es ihm bei mehreren höchstwahrscheinlich schien, daß das Rezidiv nicht durch Alkohol verursacht wurde.

Aber noch ein Umstand spricht für die Annahme einer paranoischen Disposition als Hauptursache der akuten Halluzinose, nämlich die Beobachtung, daß man symptomatisch und im Verlauf ganz dieselben vorübergehenden paranoischen Erkrankungen auch bei Personen findet, die weder Alkoholiker sind, noch sonstigen nachweisbaren exogenen Schädigungen ausgesetzt waren. Derartige Erkrankungen werden später noch besprochen werden.

Mehrere Autoren haben neuerdings wieder darauf hingewiesen, daß der Alkohol allein nicht die Ursache der akuten Alkoholparanoia ist. Bormann erklärt auf Grund eines ziemlich großen Materials, daß der Alkohol zwar Delirium tremens, Korsakoffsche Psychose und Alkoholepilepsie verursache, daß aber akute Halluzinose, respektive Alkoholparanoia auf degenerativem Boden entstehe; überhaupt sei zu bedenken, daß Psychopathen, Hysterische, Hypomanische, Degenerierte prädisponiert seien für den Alkoholismus und daß häufig die Trunksucht nicht Ursache, sondern Symptom einer Psychose sei. Am weitgehendsten sind in dieser Beziehung die Ansichten Stöckers, welcher behauptet, daß der Alkoholismus stets Symptom, nie Ursache psychischer Erkrankung sei.

Es fragt sich nun, ob man berechtigt ist, diese bei chronischen Alkoholikern beobachteten Erkrankungen als akute Paranoia zu bezeichnen. Daß es sich, wenn man sie symptomatologisch charakterisieren will, um paranoische Psychosen handelt, ist wohl ohne weiteres zuzugeben, ebenso daß sie hinsichtlich ihres Verlaufs als akute Psychosen anzusehen sind. Dagegen läßt sich nicht ohne weiteres behaupten, daß wir es hier einfach mit einer akut verlaufenden Form der Paranoia zu tun haben, die etwa durch Alkohol nur ausgelöst wäre. Jedenfalls wird kaum jemand annehmen, daß diese Psychosen mit der Kräpelinschen Paranoia

— ganz abgesehen vom Verlauf — identische Krankheitsformen wären, schon deshalb nicht, weil hier die Sinnestäuschungen eine ganz wesentliche Rolle spielen, während sie bei der Kräpelinschen Paranoia — wenn überhaupt — nur ganz untergeordnete Bedeutung haben und in der Regel ganz fehlen. Dieser Umstand brauchte uns aber nicht von der Bezeichnung „akute Paranoia" zurückschrecken zu lassen, da einerseits die Kräpelinsche Paranoia in ihrer jetzigen Fassung kaum noch eine Existenzberechtigung hat — auch nach Kräpelins eigenen Äußerungen der letzten Zeit nicht — und da anderseits die früher für die möglichst radikale Ablehnung der Paranoia akuta maßgebende Befürchtung der Verwechslung mit andersartigen Psychosen namentlich der Gruppe der hebephrenischen Psychosen heutigen Tages nicht mehr vorliegt. Aber man kann einwenden, daß bei alkoholischen Erkrankungen das wesentlichste paranoische Elementarsymptom, die Wahnbildung, weniger im Vordergrunde steht und oft nur rudimentär bleibt, während die Halluzinationen und wohl auch das Angstgefühl stets das Bild beherrschen und man den Eindruck gewinnt, daß sie das primäre sind, und der Wahn sekundär entsteht. Es ist jedoch überhaupt mißlich, derartige Entscheidungen zwischen primären und sekundären Symptomen zu machen, da das bei unseren heutigen Kenntnissen im konkreten Fall kaum befriedigend gelingen dürfte. Vielmehr wird man sich vorläufig begnügen müssen mit der Feststellung gewisser charakteristischer Symptomenkomplexe, die unter bestimmten Verhältnissen immer wieder in derselben Weise beobachtet werden. Für große zusammenfassende Gesichtspunkte können solche Feststellungen von bestimmten Symptomenverbindungen nicht weiter führen, es gelingt auch gar nicht, solche für große Krankheitseinheiten gültige Komplexe aufzustellen, z. B. ist es nicht möglich, von einem schlechthin paranoischen Symptomenkomplex zu reden und danach die Krankheit Paranoia abzugrenzen. Wohl aber können solche Syndrome für die Abgrenzung von Untergruppen, für die ihr Auftreten charakteristisch ist, verwandt werden. So ist für die hier besprochene Gruppe der alkoholparanoischen Erkrankungen das Syndrom Sinnestäuschungen, Angst, Verfolgungswahn charakteristisch, ein Symptomenkomplex, der gelegentlich auch bei andersartigen Psychosen vorkommt, aber am häufigsten und ausgeprägtesten, das ganze Krankheitsbild darstellend doch vorwiegend bei der akuten Alkoholparanoia auf-

tritt. Er ist von Schröder als Halluzinosekomplex bezeichnet worden. Wenn man nun zum Ausdruck bringen will, daß bei den in Rede stehenden Psychosen das Halluzinosesyndrom in reinster Form vorliegt, so scheint die Bezeichnung Wernickes, „akute Halluzinose der Trinker", am zweckmäßigsten; will man dagegen hervorheben, daß diese Psychosen auf dem Boden paranoider Veranlagung unter Mitwirkung des Alkohols entstehen, so ist die „akute Alkoholparanoia" zu wählen.

Bekanntlich gibt es auch seltene Fälle von chronischer Alkoholparanoia oder chronischer Halluzinose, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Sie haben im wesentlichen dieselbe Symptomatologie wie die akuten. Kräpelin hält diese chronischen Halluzinosen nicht für so selten und meint, daß sie einfach chronisch gewordene akute Halluzinosen sind. Demgegenüber ist zu sagen, daß die klinische Stellung der chronischen Alkoholpsychosen noch durchaus zweifelhaft ist, jedenfalls viel weniger geklärt als die der akuten.

Es ist auffällig, daß diese perakuten paranoischen Psychosen bei anderen Vergiftungen so selten sind oder gar nicht vorkommen und ganz vorwiegend bei Trinkern gefunden werden. Einerseits ist dies Verhalten durch die gegenüber anderen Giften ganz überwiegende Verbreitung des Alkohols zu erklären, ja man wird nicht zu weit gehen, wenn man annimmt, daß dies der wesentlichste Grund dafür ist und daß auch durch andere Gifte bei paranoid Veranlagten ganz ähnliche Erkrankungen hervorgerufen würden, wenn sie mehr im Gebrauch wären und damit die Möglichkeit des Ergriffenwerdens derartig Veranlagter größer sein würde. Dafür spricht auch die Tatsache, daß trotz der großen Zahl der Trinker die akute Alkoholparanoia doch recht selten ist.

Ein viel regelmäßigeres und vom Toxin viel direkter abhängiges Ereignis soll nach manchen Autoren die akute Halluzinose der Kokainisten sein. Wenn man bedenkt, daß in den meisten Fällen von Kokainmißbrauch eine akute Halluzinose auftritt, daß die akute Halluzinose die charakteristische Psychose der Kokainisten ist, daß anderseits der Kokainmißbrauch doch recht selten ist, so kann man nicht wohl annehmen, daß hier ein ganz bestimmter endogener psychischer Faktor eine besonders große ätiologische Rolle spielt, denn es ist nicht wahrscheinlich, daß die seltenen Fälle von Kokainmißbrauch fast immer gerade bei

Personen sich ereignen sollten, die eine paranoide Veranlagung besitzen. Vielmehr muß man angesichts dieser Tatsachen doch annehmen, daß die Kokainhalluzinose vorwiegend auf der direkten spezifischen Giftwirkung beruht. Fälle von reinem Kokainmißbrauch sind in Deutschland sehr selten und in dem gesamten Material an Krankengeschichten der Klinik in Halle findet sich nicht ein reiner derartiger Fall. Dagegen ist bekanntlich zeitweiliger Kokainmißbrauch bei Morphinisten öfter zu beobachten. In vielen derartigen Fällen gesellt sich auch noch ein gewisser Alkoholabusus hinzu, so daß dann drei Gifte als ätiologische Faktoren in Betracht kommen. Es ist nun auffallend, daß diese Morphinisten trotz jahrelang dauernden Morphiumgebrauchs nicht psychotisch werden, daß bei ihnen aber, wenn sie nur kurze Zeit Kokain nehmen, eine Halluzinose eintritt. So kenne ich seit Jahren einen Mann, der trotz vieler Entziehungskuren immer wieder Morphinist wird, zwischendurch auch viel Alkohol genießt, aber nie psychotisch wird — abgesehen von der allgemeinen Depravation des chronischen Morphinisten —, jedoch stets bei Kokainmißbrauch, dem er zeitweise neben dem Morphiumgenuß verfällt, halluzinoseähnliche Zustände bekommt.

Allerdings sind es ja wohl immer Individuen mit deutlichen psychopathischen und degenerativen Zügen, die sich dem chronischen Mißbrauch derartiger Gifte ergeben. Demnach wäre wohl eine allgemeine psychopathische Veranlagung stets vorhanden, aber die spezielle paranoische Form der Psychose ist damit nicht erklärt. Angesichts des unzureichenden kasuistischen Materials an eindeutigen Fällen von Kokainpsychosen läßt sich in dieser Frage noch kein einigermaßen sicheres Urteil gewinnen. Kräpelin nimmt an, daß die akute Halluzinose der Kokainisten sich durch ganz bestimmte charakteristische Symptome, besonders durch die mikroskopisch kleinen Gesichtstäuschungen von andersartigen Halluzinosen unterscheiden lasse. Es kommen aber solche mikroskopisch kleinen Halluzinationen auch bei anderen Vergiftungen vor, wie die Beobachtungen von de Clerambault bei Chloralhydrat zeigen.

Beobachtungen von akuter Halluzinose bei verschiedenen seltenen chronischen Vergiftungen finden sich nur ganz vereinzelt in der Literatur, ich erwähne hier beispielsweise eine Mitteilung von Fickler über eine 11 Wochen dauernde akute Halluzinose auf allen Sinnesgebieten bei einem Asthmatiker, der

8 Wochen lang täglich Atropin in der Maximaldosis und darüber genommen hatte.

Ähnliche vereinzelte Beispiele ließen sich wohl auch für andere selten zu therapeutischen oder Genußzwecken mißbrauchte Gifte noch beibringen. Es sind das aber eben Seltenheiten und sie lassen wegen ihres sporadischen Vorkommens vorläufig keine Schlüsse auf ihre klinische Stellung und die ätiologische Bedeutung des betreffenden Giftes für die Entstehung der paranoischen Psychose zu. Bei Chloralhydrat, Hyposcin, Haschisch, Äther sind solche halluzinoseartige paranoische Psychosen in einzelnen Fällen beobachtet worden. Aber auch der so häufige Nikotinmißbrauch macht selbst in den höchsten Graden auch bei Degenerierten aller Art keine Psychosen und die Mitteilung Löwys über einen Fall von subakuter Raucherparanoia muß, da sie ganz vereinzelt dasteht, zunächst als schwer zu beurteilende Ausnahme registriert werden.

Auch bei den häufigeren gewerblichen Vergiftungen finden sich derartige Psychosen höchstens ausnahmsweise. Selbst auf dem Boden der chronischen Bleivergiftung, der verbreitetsten gewerblichen Vergiftung, werden solche paranoide akute Erkrankungen kaum beobachtet. In der Literatur habe ich, abgesehen von Bleivergiftung, keine Fälle gefunden, bei denen akute paranoische Erkrankungen mit einiger Sicherheit auf gewerbliche Vergiftungen ursächlich bezogen werden konnten und auch in unserem Krankengeschichtenmaterial finden sich solche Fälle nicht. Diejenigen Fälle, die eventuell in Betracht kommen könnten, haben entweder — und zwar in den meisten Fällen — auch noch eine alkoholische Komponente oder zeigen ätiologische Faktoren, die ihre Deutung zweifelhaft machen. Nur folgender Fall, der kurz mitgeteilt sei, gehört vielleicht hierher.

6. L., Karl, 45 Jahre alt, Schriftsetzer aus Halle. In der Klinik vom 1. X. bis 7. XI. 1905.

Anamnese: Er kommt selbst zur Aufnahme. Gibt an, er sei seit einigen Monaten krank, es habe damit begonnen, daß seine Kollegen über ihn Redensarten machten und stichelten. Vor einer Woche war er in Nordhausen auf Urlaub, dort sei eigentlich die Krankheit ausgebrochen. Er hörte viele Stimmen, die ihn beschimpften, bezog alle Vorgänge usw. auf sich, hatte schattenhafte Visionen. Tremor, Schweißausbruch. Gibt an, es kämen ihm ganz unvermittelt die verrücktesten Gedanken in den Kopf, wie, er solle Mörder sein, sich mit kleinen Kindern vergangen haben usw. Er zweifelt, ob das nicht auf über-

natürliche Weise vorginge, jetzt habe es etwas nachgelassen. Er ist völlig orientiert, verhält sich geordnet. Früher hat er Zeichen von Bleivergiftung gehabt: Krämpfe, Tremor, Schweißausbrüche, vor 4 Jahren auch Leibschmerzen und Durchfälle.

Körperbefund: Innere Organe ohne Besonderheiten. Fraglicher Bleisaum. Deutlicher Tremor. Gesteigertes Nachröten. Starke Schweißabsonderung. Im übrigen körperlich nichts Krankhaftes.

10. X. Fühlt sich unglücklich, hat das Gefühl, als ob die Gedanken wie aus einem Automat in der Stirn herunterklappten.

13. X. Besserung. Schlaf gut. Gelegentlich tauchen ihm immer noch Gedanken auf, wie, er habe einen umgebracht, sich an seinen Kindern vergriffen. Diese Gedanken drängen sich ihm förmlich auf die Lippen, er fühlt einen Zwang, sie gegen seinen Willen auszusprechen.

20. X. Grübelt immer, wie so etwas möglich sei, es müsse etwas Übernatürliches sein. Er ist mißmutig, macht sich Sorgen wegen seines Körperzustandes.

27. X. Unverändert, nur ist die Stimmung etwas besser.

5. XI. Ängstliche Vorstellungen tauchen noch auf, er müsse sie aussprechen. Die Entstehung dieser Gedanken ist ihm unverständlich. Er bringt aber keine Erklärungsideen mehr vor, hält es für krankhaft, hat Krankheitseinsicht. Körperlich gebessert, kaum noch Tremor, keine vermehrte Schweißbildung mehr. Die Besserung hielt an, psychotische Symptome zeigten sich nicht mehr, auch die ängstlichen Vorstellungen nicht. Er ist seither gesund geblieben.

Also eine subakut verlaufende Psychose mit Sinnestäuschungen, Beziehungsideen — und Verfolgungswahnvorstellungen, sowie andeutungsweisen Erklärungsideen. Es ist fraglich, ob man diesen Zustand als einen akuten paranoischen bezeichnen darf. Das zwangsmäßige Auftreten von wahnhaften Gedanken, die er aussprechen muß, die von ihm selbst zwar als auf übernatürliche Weise entstanden angesehen, aber doch als lästiger Zwang empfunden werden — wenigstens zur Zeit des Abklingens der Psychose lassen auch andere Deutungen zu. Da dies aber nur am Schluß der Erkrankung auftrat, glaube ich doch, daß das Ganze am zutreffendsten als subakuter paranoischer Zustand aufzufassen ist. Außer der Bleiintoxikation fand sich kein schädigendes Moment und daher liegt es nahe, den Saturnismus als Ätiologie der Psychose in Anspruch zu nehmen. Kehrer hat einen Fall von akuter Paranoia bei einem Tüncher beschrieben, der 3 Monate nach der letzten Beschäftigung mit Ölfarbe erkrankte und nach 4 Wochen geheilt war. Kehrer faßt diese Erkrankung als Abstinenzpsychose bei chronischem Saturnismus

auf. Ähnliche Fälle sind von Drosilin, Claude und Lewi Valensi und Jones beschrieben worden. (Der von Claude und Lewi Valensi beschriebene gehört aber wohl kaum hierher.) Es lassen sich jedoch, wie schon gesagt, aus solchen vereinzelten Fällen keine wesentlichen Schlüsse ziehen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß außer dem Alkohol und dem Kokain eigentlich kein exogenes Gift eine irgendwie nennenswerte ätiologische Bedeutung für das Zustandekommen akuter paranoischer Erkrankungen hat, wie ja überhaupt diese Gifte keine spezifischen, für die betreffende Noxe charakteristischen Psychosen verursachen.

Auch das nächst dem Kaffee, Tabak und Alkohol wohl am häufigsten in unseren Gegenden als Genußmittel mißbrauchte Morphin macht keine Ausnahme in dieser Beziehung, denn nach der Ansicht der meisten Autoren kommen beim chronischen Morphiummißbrauch keine ausgesprochenen Psychosen vor, selbst bei lange dauerndem und starkem Morphinismus werden in der Regel nur allgemeine Charakterdepravation und allerlei nervöse Störungen beobachtet. Erst bei der Morphiumentziehung pflegen deutlichere psychische Störungen aufzutreten, aber zu eigentlichen charakteristischen Psychosen kommt es auch während der Entziehung nicht. Allerdings reden einige Autoren auch von Morphiumpsychosen, z. B. Mörchen, der Delirium tremens der Morphinisten und andere durch Morphinmißbrauch bedingte Psychosen unterscheidet. Aber wenn man bei Morphinisten wirkliche Psychosen antrifft, muß man in ihrer Beurteilung sehr vorsichtig sein und namentlich in der Deutung des Morphins als ätiologischen Faktor, da sich bei genauer Prüfung der anamnestischen Daten in solchen Fällen fast immer noch andere Schädlichkeiten nachweisen lassen, denen erfahrungsgemäß eine größere ätiologische Bedeutung zukommt als dem Morphin. Besonders wichtig ist auch hier wieder die Rolle des Alkohols. Nur in einem Falle schien mir der chronische Morphinismus eine wichtige ursächliche Rolle zu haben. Ich gebe die Krankengeschichte ausführlicher wieder, da es sich um eine wegen ihrer Seltenheit interessante Beobachtung handelt.

7. B., Robert, 61 Jahre alt, verheiratet, höherer Beamter aus K. In der Klinik vom 9. XII. 05 bis 31. V. 06.

Anamnese: Heredität ohne Besonderheiten. Der Vater starb an Schlaganfall mit 74 Jahren. Er selbst war von Geburt an schwäch-

lich. Mit 8 Jahren Scharlach. Hinterher wurde Schwerhörigkeit bemerkt. In der Pubertätszeit bleichsüchtig und schwächlich, sonst aber gesund. Anfangs der zwanziger Jahre habituelle Stuhlverstopfung und Herzanfälle mit Schüttelfrost, kaum fühlbarem Puls, Luftmangel, Abgestorbensein der Arme und Beine, die ganz weiß und blutleer dabei wurden. Diese Zustände traten in der Kälte leichter auf als in der Wärme, sie wurden vom Arzt als ein Leiden des Sympathikus bezeichnet. Vom 16. Jahre an Migräne, die schließlich in wöchentlichen Anfällen auftrat. Stets an der linken Stirnseite. Das Auge sei dabei oft ganz rot geworden. Erbrechen trat nie dabei auf. Erbliche Belastung durch Migräne lag nicht vor. Mit etwa 25 Jahren starke Schmerzen im Rücken und Genick, die das Gehen erschwerten und erst nach längerer Zeit allmählich verschwanden. Mit 32 Jahren Verheiratung. Fühlte sich dann im ganzen besser, hatte aber doch noch oft nervöse Beschwerden, Mattigkeit, zeitweise auch noch Schüttelfrost und Herzanfälle, und keine Ausdauer zu körperlicher Anstrengung. Im 29. Lebensjahre wurde ihm zuerst Morphium gegen die Herzanfälle verordnet. Das habe sehr gut geholfen. Ohne Morphium sei er nicht imstande gewesen, seinen Dienst zu versehen, besonders seine Vorlesungen abzuhalten. In den ersten 10 Jahren habe er nur Einzeldosen von 0,001 g genommen. Auf ein Vierteljahr sei im ganzen 1,08 g gekommen. Nach 10 Jahren Versuch einer Entziehungskur. Litt zwar sehr unter Schlaflosigkeit, hielt es aber doch 14 Tage lang aus, bis wieder eine heftige Migräne dazu kam. Nahm dann allmählich etwas größere Dosen.

Stieg bis zum Jahre 1890 bis $^1/_4$ g täglich. Darauf Entziehungskur, die wegen Zeitmangels unvollendet blieb. In der Folgezeit wieder Steigerung der Dosis, nach 5 bis 6 Jahren war er auf 1 g täglich gekommen, dabei blieb er bis jetzt. Einen sogenannten Morphiumrausch oder irgendwelche angenehme Gefühle habe er dabei nicht gehabt.

Pat. gibt weiter an, daß er wegen seines Sohnes viele Sorgen und Aufregungen gehabt habe. Als Schüler habe er nicht gelernt und nirgends gut getan. Er mußte schließlich aus dem Hause, kam in verschiedene Pensionen und brachte es mit Mühe zum Einjährigen. Darauf beschäftigte er sich etwa 2 Jahre mit praktischen Arbeiten, danach $^1/_2$ Jahr mit Schlosserei, kam dann wieder nach Hause, um auf der Bergakademie zu studieren (1900). Während dieser Zeit habe er sich zu Hause unverträglich und lügnerisch betragen. Habe Schimpfworte gegen seine Eltern gebraucht, rohe Drohungen gegen seine Schwestern ausgestoßen. Er habe dem Pat. Werkzeuge und allerlei Geräte entwendet. Ferner sind dem Pat. vom Jahre 1902 ab eine Menge Mineralien aus seiner Sammlung, wertvolle Chemikalien und noch nicht veröffentliche Arbeiten abhanden gekommen. Das sei in den letzten Jahren immer schlimmer geworden. Auch Schlüssel zu den Privatzimmern und Geldschrank des Pat. seien verschwunden. Pat. hatte

Verdacht, daß sein Sohn der Täter sei. Glaubte, die Mineralien habe er im Interesse seines Freundes entwendet, da er selbst kein Interesse dafür hatte. Die Schlüssel habe er weggenommen, um sich nicht Nachschlüssel zu machen. Aus dem Geldschrank des Pat. seien auch Coupons verschwunden. Wenn er sich besonders über das Verschwinden eines Gegenstandes beschwerte, sei derselbe nach langer Zeit wieder an seinen Platz gebracht worden. Die Frau des Pat. habe auch sehr unter dem Verhalten des Sohnes gelitten. Im April 1903 habe er den Sohn wegen Diebstählen zur Rede gestellt. Darauf sei er frech geworden, habe gesagt, er sei geisteskrank. Das seien alles Wahnideen, die infolge seiner Morphiumsucht entstanden seien. Er werde überall verbreiten, daß der Vater ihn ungerechterweise des Diebstahls beschuldigt habe. Darauf habe der Sohn ihm vorgelogen, daß der Minister ihn zwangsweise pensionieren wolle wegen seiner Krankheit. Da auch sein Chef ihm riet, seines Gesundheitszustandes wegen eine Anstalt zu besuchen, ging er darauf in die Anstalt Liebenburg bei Goslar und ließ sich von dem dortigen Arzt untersuchen. Der Arzt habe ihm geraten, sich von den Geschäften zurückzuziehen und mehr seinen Liebhabereien und seiner Gesundheit zu leben. Im Herbst 1903 ließ er sich darauf pensionieren. Trotzdem der Sohn in der Folgezeit nur selten nach Hause kam, fanden die Diebstähle weiter statt. Außerdem hörte Pat. in dem Nebenzimmer öfter Geräusche, die, wie er fand, durch über blanke Stifte laufende Fäden von außen hervorgerufen wurden. Das hatte nur den Zweck, ihn irrezuführen, damit er glauben solle, daß er von jemandem bestohlen würde. Er paßte dann des Nachts meist bis 4 Uhr auf die Diebe auf. Wenn er sich zu Bett legte, hörte er bohrende Geräusche. Entdeckte nachher, daß das von Bohrungen herrührte, die in die Fenster und in die Wände gemacht waren. Wurde auch des Nachts im Bett belästigt, angeschrien, mit Instrumenten gebrannt und gestochen. In den letzten 8 Tagen sei das so schlimm geworden, daß er keine zwei Stunden habe schlafen können.

Trotzdem der Sohn seit 1 Jahr fort ist, glaubt er, daß er dahinter steckt und sich Leute gedungen habe. Er tue das hauptsächlich, weil er wohl glaube, daß er im Testament benachteiligt sei.

Nach Aussagen der Ehefrau ist der Sohn in Wirklichkeit ein durchaus tüchtiger und anständiger Mensch, der seinen Eltern nie ernstlich Sorgen gemacht hat.

Der körperliche Befund bei der Aufnahme zeigte folgende Abweichungen: Klein, schwächlich, blasse Gesichtsfarbe, schlaffe Züge. Nur mäßiger Tremor der Zunge. Erster Herzton etwas dumpf. Vordere und seitliche Partien des oberen Teiles der Oberschenkel derb infiltriert infolge Injektionen. Coelialgie ausgesprochen. Lumbalgeflecht sehr empfindlich. Im übrigen fand sich körperlich nichts Krankhaftes.

13. XII. Pat. gibt an, in der Nacht belästigt worden zu sein. Er sei mit spitzen Instrumenten gestochen und mit glühenden Zangen gezwickt worden. Glaubt, sein Sohn stecke dahinter. Jemand anders könne es doch nicht sein. Will auch bemerkt haben, daß zwei Leute von K. aus mit hierher führen.

14. XII. Seither keine Belästigungen mehr. Fühlt sich jetzt sehr wohl hier. Beginn der Entziehungskur.

15. XII. Heute Nacht wieder Belästigungen. Hatte an der Hüfte, die nach unten lag, mehrmals ein Gefühl von schmerzlichem Druck. Nachher seien starke Schwielen an den betreffenden Stellen zu fühlen gewesen. Beim Greifen unter das Bett hatte er das Gefühl, als ob etwas darunter vorgezogen würde. Hörte auch manchmal ein verdächtiges Knaxen. Früher habe er auch manchmal Husten und Räuspern gehört, aber niemals Stimmen.

20. XII. Hat nur 4 Stunden geschlafen. Er habe ein unangenehmes, aufregendes Gefühl vom Rücken her. Das sei immer der Fall gewesen, wenn es ihm an Morphium gefehlt habe. Das Gefühl sei so, als wenn ihm langsam die Unterlage weggezogen würde.

23. XII. Klagte gestern wieder über Belästigungen in der Nacht. Er sei mit spitzen Instrumenten von unten gestochen worden. Glaubt, daß sein Sohn dahinter stecke; sonst habe doch niemand etwas gegen ihn.

1. I. 06. Klagt dann und wann über Belästigungen in der Nacht. Morgens häufig verstimmt wegen ungenügenden Schlafes, Herzbeschwerden und Unruhe während der Nacht.

Auszug aus einem Briefe an die Ehefrau:

Die Spuren der Mißhandlungen an seinem Körper, die er während der Nacht erleiden müßte, seien des Morgens, wenn der Arzt komme, wieder verschwunden. Er wisse, daß er verloren sei, zumal er jetzt ganz außerstande sei, irgend etwas gegen die Verbrecher, welche ihm auf teuflische Weise nach dem Leben trachten, oder was noch schlimmer sei, ihn geistig durch Störung des Schlafes zu vernichten suchten, zu unternehmen.

10. I. Nachts schlecht geschlafen, beklagt sich am Morgen darüber.

11. I. Klagt wieder über Peinigung, die man ihm nachts verursacht habe, er sei wieder mit glühenden Drähten gebrannt worden. Zu Hause sei es eben so gewesen, da habe er einmal deutlich an der Tür kleine Stifte stecken gesehen und an dem gegenüberliegenden Fenster sei die Glasscheibe mit ganz feinen Löchern durchsetzt gewesen. Durch diese Löcher werden die Drähte hineingestoßen und an den Stiften in der gegenüberliegenden Tür befestigt.

24. I. Beklagt sich immer noch darüber, daß er gebrannt und gepeinigt werde, man habe ihm die Brille zerbrochen, damit er nichts sehen könne, mache ihm etwas in die Ohren, damit er taub werde. Alles, was ihm angetan werde, ginge von seinem Sohn aus und dessen

Helfern, dieser habe ein Detektivinstitut gegen ihn mobil gemacht, um ihm Qual zu bereiten. Es sei alles so raffiniert angestellt, daß er nie dem Arzte einen direkten einwandfreien Beweis erbringen könnte. Das Ganze habe den Zweck, ihn als geisteskrank vor den Ärzten erscheinen zu lassen, damit er das Selbstverfügungsrecht verliere und damit er vor allem nicht frei testieren könne. Die Veranlassung zur Aktion des Sohnes sei der Umstand gewesen, daß er ein Testament gemacht habe, wo der Sohn benachteiligt war. Um sich nun am Vater zu rächen und ihn unzurechnungsfähig hinzustellen, habe der Sohn schon seit langer Zeit gegen ihn machiniert. Pat. führt eine Reihe von Beweisen, die für ihn sprechen sollen, an, wie Löcher in der Zimmerdecke zum Zwecke der Beobachtung seiner Person, ebenso Löcher im Fußboden, die eben frisch mit Fensterkitt verschmiert worden sind. Er habe Menschen vor den Fenstern seiner Privatwohnung gesehen, die ihn beobachteten. Auch auf der Fahrt sei er im Eisenbahnabteil von verdächtigen Menschen begleitet worden, usw.

11. II. Klagt immer noch über Belästigungen während des Schlafes, er werde gestochen und gebrannt, man werfe ihm Gegenstände vom Nachttischchen herunter. Seine Morphinlösung trägt er beständig in seiner Jacke mit sich herum. Hält immer noch daran fest, daß er von einem Heer gedungener Menschen gepeinigt werde, der Urheber sei sein Sohn, der ihn auf diese Weise krank erscheinen lassen wolle, damit er das Verfügungsrecht über sein Vermögen nicht mehr habe.

Kürzlich drang der Pat. darauf, daß er wieder seinen alten Wärter bekomme, denn der letzte sei auch bestochen. Er habe ihn kürzlich, während er auf dem Sofa lag, in den Kopf gestochen und ihm noch verschiedenes andere angetan. Pat. bezieht das Zimmer, welches rechts und links von Patientenzimmern begrenzt ist, in der Hoffnung, daß er dann weniger gepeinigt werden könne, weil von außen niemand an die Zimmerwände herankommen könnte. Er meint, daß durch die Heizungsöffnung und Ventilationslöcher Drähte geführt werden. Er erzählt von abenteuerlichen Hoteldiebstählen, wo der Dieb die Zimmerdecke durchbohrte, an einem Drahte chloroformgetränkte Tampons einführte, die Opfer auf diese Weise narkotisierte, und dann mit Drähten Uhren, Preziosen usw. einangelte.

Die Anzahl der Hautsensation, d. h. deren Häufigkeit, ist gewiß vermindert im Vergleich zu früher. Während er auf der Höhe seiner Erkrankung nicht auf der Straße gehen konnte, ohne alle Augenblicke Stiche zu empfinden, die er von den Passanten zugefügt wähnte, geht er jetzt, ohne irgendeine ähnliche Äußerung zu tun, in Begleitung seiner Frau durch die Straßen.

Unter Veronal 0,2, dann 0,3 schläft er einige Tage gut, meint dann am Morgen, er sei nachts weniger gequält worden und habe deshalb schlafen können. Die Schlafmittel hatten nach seiner Meinung

höchstens den Effekt, daß sie ihn das Stechen und Brennen weniger empfinden ließen. Wenn er trotz Veronal nicht schläft, was vorgestern vorkam, sieht er darin den Beweis für seine Auffassung, er sei eben wieder soviel gestochen und gebrannt worden, daß er absolut nicht schlafen konnte.

21. II. Klagt über ziehende Schmerzen in den Extremitäten, besonders nachts, ohne dieselben mit irgendwelchen Beeinträchtigungen von außen in Zusammenhang zu bringen. Die Nervenstämme sind fast durchweg druckschmerzhaft, ebenso die Muskulatur.

5. III. Es werden keinerlei Beeinträchtigungsideen geäußert. Auf Befragen gibt er an, es sei gut möglich, daß die verschiedenen Quälereien, denen er ausgesetzt war, ihm tatsächlich, so wie er annahm, zugefügt wurden. Gegenwärtig werde er nicht mehr belästigt. Bei Fragen nach Beeinträchtigungen gibt er immer ausweichende Antworten, man glaube ihm ja ohnedies nicht, sei von jeher anderer Meinung gewesen als er. Es habe eigentlich keinen Zweck über diese Dinge zu sprechen. Das körperliche Befinden ist wechselnd, klagt über allgemeine Mattigkeit und Ermüdbarkeit, sowie über allgemeine Schmerzen.

23. III. Seit 3 Tagen kein Morphium mehr, bekommt einfach Ringersche Lösung. Fühlt sich subjektiv sehr matt, mit allgemeinen Schmerzen. Das in letzter Zeit verabreichte Morphium zu 0,005 pro Injektion scheint noch spezifische Wirkung gehabt zu haben.

5. IV. Seit 14 Tagen vollkommene Entziehung des Morphiums. Es wurden seither noch immer täglich 2 Injektionen mit Ringerscher Lösung gemacht. Keine wesentliche Zunahme der Abstinenzerscheinungen. Nur große Mattigkeit, geringer Appetit, schlechter Schlaf, zeitweilig Durchfälle.

14. IV. Seit 8 Tagen starke neuralgische Beschwerden, besonders heftig im Gebiete beider Ischiadici, links stärker als rechts. Trotz Antineuralgicis, Thermophor und Opium keine Besserung. Erhält jetzt abends 0,01 Codein, Anodengalvanisation der Ischiadici. Bettruhe. Untersuchung per Rectum ergibt nichts Abnormes.

25. IV. Die Ischiasbeschwerden haben erheblich nachgelassen. Pat. steht wieder auf und geht spazieren. Noch besondere Schmerzen in der linken Wade, linke Wade angeschwollen. Zuweilen klagt er auch noch über Schmerzen in anderen Körpergegenden, die aber niemals mehr in paranoischer Weise verarbeitet werden. Wurde von der Psychose geheilt entlassen.

Es handelt sich also um einen von jeher schwächlichen, nervösen Menschen, der seit seinem 30. Lebensjahre ununterbrochen Morphinist war und im Alter von 58 Jahren an einer Paranoia erkrankte, die nach etwa dreijähriger Dauer erst dann zur Heilung kam, als die völlige Morphiumentziehung durch-

geführt war. Darf man diese Erkrankung nun wirklich als Morphiumparanoia bezeichnen? Ich glaube, das ist trotz des Zusammenfallens der Heilung mit der Giftentziehung nicht zulässig, da doch offenbar nicht nur das Morphin, sondern außerdem noch die neuropathische Konstitution und das präsenile Alter als ätiologische Faktoren in Betracht kommen. Dann würde sich das Zustandekommen der Psychose am zwanglosesten so erklären, daß man annimmt, daß die neuropathische Veranlagung auch eine paranoide Komponente hatte, welche relativ gering war und jedenfalls durch das Morphin allein nicht zu einer wirklich psychotischen Entfaltung gebracht wurde, sondern erst durch die schließlich noch hinzukommende Schädigung der Altersveränderungen, der Involution, manifest wurde, dann aber heilte, nachdem die eine der ursächlichen Noxen, das Morphin, beseitigt war. Auf die interessanten symptomatologischen Einzelheiten des Falles, den eigenartigen Zusammenhang zwischen Sinnestäuschungen und den neuritischen Sensationen sowie ihre paranoische Umdeutung kann hier nicht näher eingegangen werden.

Dieser Fall bildet gewissermaßen einen Übergang zu den später zu besprechenden heilbaren paranoischen Erkrankungen bei psychisch Degenerativen aller Art und zu den senilen Psychosen dieser Art. Ehe diese rein endogen bedingten Formen geschildert werden, müssen hier im Anschluß an die paranoischen Intoxikationspsychosen noch die Fälle erwähnt werden, wo anderen — nicht im strengen Sinne toxischen — exogenen Schädigungen eine ursächliche Rolle für die Entstehung vorübergehender paranoischer Erkrankungen zugeschrieben werden kann.

III. Akute paranoische Psychosen bei inneren Erkrankungen usw.

Bezüglich der inneren Erkrankungen können wir uns ganz kurz fassen, denn nach Bonhöffer, dessen Untersuchungen über die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen hier maßgebend sind, sind paranoide Zustandsbilder bei diesen Erkrankungen sehr

selten; in den wenigen Fällen, wo sie beobachtet wurden, handelte es sich nach Symptomaltologie und Verlauf um eine akute Halluzinose. Bonhöffer sah solche akuten, respektive subakuten Halluzinosen einmal bei Lungentuberkulose, außerdem sollen sie gelegentlich bei Variola und bei organischen Herzerkrankungen beobachtet sein. Bei urämischen Zuständen scheinen akute paranoide Erkrankungen von halluzinoseähnlichem Charakter auch zuweilen vorzukommen (Bonhöffer), ebenso bei Diabetes mellitus (Teschenmacher, Fr. Liebe), hier aber jedenfalls sehr selten. Fraiken und Grenier de Cardenal haben eine interessante Beobachtung bei einer 48 jährigen Frau mitgeteilt, die an einem starken Kropf litt und verschiedene myxödematöse Zeichen darbot; nachdem die allgemeinen myxödematösen psychischen Störungen eine Zeitlang bestanden hatten, trat akut eine Psychose auf mit Größenideen, Halluzinationen, Verfolgungswahn. Nach Schilddrüsenbehandlung verschwand die Psychose und die Frau ist seither gesund und arbeitsfähig geblieben. Derartige Fälle sind aber Seltenheiten und wenn auch nicht bestritten werden soll, daß akute paranoide Psychosen und speziell solche vom Charakter der Halluzinose als exogene psychische Reaktionstypen (Bonhöffer) vorkommen, so ist doch zu bedenken, daß sie ebenso wie manisch-melancholische und hysterische Zustandsbilder doch eigentlich nur ausnahmsweise als solche symptomatische Psychosen bei Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Krankheiten vorkommen. Bonhöffer erklärt mehrfach, daß auch endogene Faktoren im einzelnen Fall das symptomatische Zustandsbild färben und abändern, daß man aber ebensowenig wie bei den verschiedenen Formen der Alkoholpsychosen eine Erklärung für die Tatsache habe, warum in dem einen Falle dieser, im anderen jener psychische Reaktionstypus auftrete. Ich glaube, daß man wenigstens für die exquisit endogenen Formen dieser Psychosen, d. h. die paranoischen, manisch-melancholischen, hysterischen, doch eine solche Erklärung finden kann, wenn man ganz ähnlich wie das bei den alkoholischen paranoischen Erkrankungen ausgeführt wurde, annimmt, daß es sich um latente paranoische, respektive manisch-melancholische oder hysterische Veranlagungen handelt, die unter dem auslösenden Einfluß der betreffenden Infektionskrankheiten zu einer akuten Psychose anwachsen.

Außer den eben erwähnten Krankheiten müssen noch die

organischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems berücksichtigt werden. Bei ihnen allen sind nur vereinzelt vorübergehende paranoide Psychosen beobachtet worden, wenn man von den Mitteilungen absieht, in denen neben anderen psychischen Störungen gelegentliche Wahnideen erwähnt werden und nur die Fälle in Betracht zieht, wo bei einer organischen Gehirn- oder Rückenmarkskrankheit eine vorübergehende, scharf umgrenzte Psychose lediglich paranoischen Charakters aufgetreten ist. Derartige Vorkommnisse sollen nach Kräpelin bei Tabes nicht selten sein. Nach Schuster sind sie auch bei Hirntumoren öfter beobachtet, was jedoch von Pfeifer und Redlich mit Recht bestritten wird. Jedenfalls sind wirkliche paranoische Psychosen als isolierte Störungen bei den Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen auf Grund des bisherigen Materials als Ausnahmen anzusehen.

Von viel größerer Wichtigkeit für unser Thema sind die Erkrankungen, die mit der Involution und dem Senium in Zusammenhang stehen. Bekanntlich ist gerade das Rückbildungsalter besonders prädestiniert für die Entstehung von Geisteskrankheiten überhaupt und gerade auch von paranoischen Psychosen. Meistens sind dies chronische Erkrankungen, wie die Involutionsparanoia Kleists, der präsenile Beeinträchtigungswahn Kräpelins, ein Teil der von letzterem Paraphrenien genannten Erkrankungen, der manische und depressive Wahnsinn Thalbitzers und Rehms und andere. Demgegenüber haben die vorübergehenden, heilbaren paranoischen Psychosen dieses Lebensalters noch wenig Beachtung gefunden. Rehm berichtet, daß die Erkrankung, die er als depressiven Wahnsinn abgrenzen will, nicht unter allen Umständen chronisch verläuft und der eine seiner Fälle blieb tatsächlich geheilt. Bonhöffer erwähnt, daß besonders bei Frauen subakute, heilbare Paranoia im präsenilen Alter vorkommt. Zweifellos sind ja die chronischen Psychosen dieser Art im Präsenium die Regel, aber die klinische Erfahrung lehrt doch, daß man vorsichtig sein muß mit der Prognose in solchen Fällen und daß nicht von vornherein eine paranoische Erkrankung im Rückbildungsalter als chronisch bezeichnet werden darf.

Welche Rolle bei der Entstehung dieser Psychosen den Involutionsvorgängen an sich zukommt, läßt sich nicht entscheiden, zumal es keineswegs feststeht, ob die Involution überhaupt eine

Schädigung des Organismus bedeutet, ob durch sie allein Stoffwechselgifte produziert werden, ob nur eine langsamere Verarbeitung der Nahrungsstoffe, und daher ein geringerer Umsatz stattfindet oder ob der normalerweise stattfindende weitgehende Abbau der Nahrungsstoffe, der ihre Entgiftung und Assimilierbarkeit gewährleistet, in der Involutionszeit in irgendeiner Weise gestört ist, alles das ist zurzeit noch nicht erforscht. Außer den Involutionsvorgängen muß aber für die Ätiologie aller Psychosen im Rückbildungsalter auch noch die beginnende oder mehr oder weniger fortgeschrittene Arteriosklerose in Rechnung gezogen werden.

Da diese Schädigungen aber ganz allgemein alle Menschen treffen, ohne daß selbst bei dem Hinzukommen aller möglichen Auslösungsursachen eine Psychose entsteht, muß auch hier wieder die psychische Disposition als conditio sine qua non angenommen werden. Normale Gehirne ertragen diese Schädlichkeiten, während die entarteten mit Psychose darauf reagieren. Die spezielle Form der Geisteskrankheit wird natürlich durch die besondere Art der Veranlagung bestimmt. Jedenfalls ist man nicht berechtigt, in diesen Psychosen etwas wesentlich anderes zu sehen als in den gleichen Erkrankungen in anderen Lebensaltern. Als Beispiel für derartige heilbare paranoische Erkrankungen im Präsenium diene folgender Fall.

8. S., Hermann, 64 Jahre alt, aus Könnern. In der Klinik vom 19. X. bis 12. XI. 1905 und dann wieder vom 27. XI. 1905 bis 3. I. 1906.

Anamnese: Von Heredität nichts bekannt. Als Kind hat er angeblich Krämpfe gehabt. Vor mehreren Jahren Lungenentzündung. Alkoholmißbrauch und Lues wird bestimmt in Abrede gestellt.

Nach seiner eigenen Angabe ist er seit etwa einem halben Jahre krank, hat seitdem 20 Pfund abgenommen und sich immer satt gefühlt. Seit derselben Zeit Entwicklung von Eifersuchtsideen (von der Frau bestätigt). Er bemerkte zuerst beim Beischlaf, daß die Scheide seiner Frau anders „verhotzelt“ war, folgerte daraus, daß sie mit anderen verkehre. Hatte Verdacht auf einen Gärtner, bei dem die Frau arbeitete. Beziehungswahn aus unbedeuteten Anlässen: wenn die Frau einmal etwas später nach Hause kam, wenn sie zu angeblich ungewöhnlicher Zeit ausging. Im weiteren Verlauf Sensationen, beim Koitus Schmerzen im Glied und Brennen am Leibe, woraus er folgerte, daß seine Frau sich mit einem giftigen Pulver bestreue, das zugleich seine Abmagerung bewirke (fettleibiges Abzehrungspulver), das sich seine Frau auf eine Zeitungsannonce hin habe kommen lassen. Machte

seiner Frau immer mehr Vorwürfe, sie mußte auf dem Fußboden schlafen. Als er trotzdem das Brennen spürte, schloß er, daß seine Frau das Pulver ins Bett gestreut habe. In den letzten Tagen Bedrohung der Frau, er tobte in der letzten Nacht in der Wohnung herum, warf die brennende Lampe auf die Straße, bedrohte seine Frau mit dem Revolver. Niemals Bedrohung der vermeintlichen Liebhaber seiner Frau.

Aufnahmebefund: Örtlich und zeitlich genau orientiert. Macht geordnete Angaben über seine Vorgeschichte. Hat deutliches Krankheitsgefühl. Merkfähigkeit gut, ebenso Rechnen, begriffliche Unterschiede bezüglich einfacher Gegenstände gut, Kenntnisse sehr beschränkt.

Körperbefund: Kleiner, nur mäßig kräftiger Mann in reduziertem Ernährungszustande. Innere Organe gesund bis auf Arteriosklerose und pathologischen Herzbefund: systolisches Geräusch über allen Ostien, am lautesten an der Herzspitze, am wenigsten deutlich über der Pulmonalis, zweiter Aortenton klappend, Puls wenig kräftig, etwas schnellend. Urin frei. Deutlicher Tremor der Zunge und der Hände. Körperbefund im übrigen ohne Besonderheiten.

23. X. Seither ganz geordnetes Verhalten. Keine psychotischen Symptome nachzuweisen. Krankheitseinsicht noch nicht völlig vorhanden. Er behauptet, er denke gar nicht mehr an die Eifersuchtsideen, jedenfalls beginnt er daran zu zweifeln.

7. XI. Nachdem er bisher psychisch nichts Auffälliges geboten hatte, auch während einer heftigen Angina sich ganz normal verhalten hatte, ist jetzt völlige Krankheitseinsicht eingetreten. Er erklärt seinen Eifersuchtswahn für Unsinn, meint, er müsse sehr krank gewesen sein. Er könne nicht begreifen, wie er seine Frau in einem solchen Verdacht gehabt haben könnte. Wird geheilt entlassen.

Zweite Aufnahme: Nach der Entlassung aus der Klinik ging es 8 Tage lang ganz gut. Dann sah er eines Abends, wie seine Frau sich mit einem Lappen die Genitalien abwischte. Als er nachher mit ihr zu Bett ging, fühlte er wieder, auch ohne daß ein Koitus stattgefunden hatte, ein Gefühl von Brennen im Penis und starken Urinzwang. Daraufhin tauchten die früheren Wahnideen wieder auf, er glaubte wieder, daß seine Frau mit anderen Männern Verkehr habe und ihn vergifte. Als seine Frau dies in Abrede stellte, wurde er sehr gereizt, beschimpfte und schlug seine Frau. Auch an den folgenden Tagen quälte er seine Frau sehr mit seinen Wahnideen und behandelte sie so schlecht, daß sie sich an die Polizei wenden mußte.

Bei der Aufnahme wurde körperlich im wesentlichen derselbe Befund festgestellt wie früher. Auch in psychischer Beziehung fand sich nichts nennenswert anderes als bei der ersten Aufnahme. Er verhielt sich völlig geordnet, war orientiert, antwortete sinngemäß.

Er hielt daran fest, daß er dadurch, daß seine Frau sich am Unterleib rieb, Urinzwang bekommen habe.

Am 30. XI. schrieb er folgenden Brief (sehr unorthographisch) an seine Frau:

„Nervenklinik, Halle an der Saale.

Liebe Frau!

Mit weinenden Augen ergreife ich die Feder, Dich zum letzten Male als meine liebe Frau anzureden. Nehme einmal an, wir sind bereits 43 Jahre verheiratet und haben 6 Kinder wohl und groß erzogen, wo wir jetzt unsere Freude daran haben. Da nun der liebe Gott den großen Sohn zu sich genommen hat, da können wir alle beide nichts dazu, das war sein Wille. Wenn Du Dich besinnen kannst, wie scharf ich die Kinder gehalten, wenn sie Strafe verdient haben, mußten sie erst die Rute dazu holen, zumal wenn sie den Vater mit Lügen berichtet haben, und Du liebe Frau willst jetzt auftreten von 62 Jahren und willst Deinen Mann mit Lügensagen in die Klinik bringen. Was ich mit meinen Augen gesehen habe, die Herren Doktoren glauben, es wäre ein Schein von mir oder eine Krankheit von mir; es ist keine Krankheit, ich kann hören, sehen, riechen, schmecken und auch fühlen, und was meine Augen gesehen haben, glaubt mein Herz. Also ich soll vergessen, was Du am Montag vorgenommen hast, also mit dem schwarzen Lappen. Glaube Deinem Schwiegersohn nicht, der Dich so aufhetzt und sagt, kommt her, liebe Mutter, mit eurem Unterrock ins Parade . . . und Du Jakob gehst mit Deinem schwarzen Lappen in den Kasch. Ich sitze gut, lieber Mann, und sieh, wie Du wieder herauskommst. Bedenke nur, liebe Frau, wie froh ich war, wie ich aus der Klinik kam, ich habe Dir viel erzählt und habe die ganze Schuld auf mich genommen und Dich ermahnt, daß die Schweinerei nicht wieder vorkommen soll wie vorher, denn an mir hat es nicht gefehlt, aber Du hast es nur 8 Tage ausgehalten, da ging es schon wieder los und was da vorgefallen ist, das habe ich den Herren Doktoren erzählt. Bitte, gib dein Geständnis ab, daß ich aus der Klinik komme, sonst bist Du meine Frau gewesen, nur eilig. Dein Mann H. Süüßmann. Wenn mich ja ein Kind besuchen sollte, ich schreie, daß die Leute in ganz Halle hören. Den 9. Dezember ist mein Geburtstag, liebe Frau, den feiere aber gut, halte großes Schlachtefest und laßt es Euch gut schmecken. Eilig Dein Geständnis. Wer mich wieder hierher gebracht hat, kann es vor Gott nicht verantworten."

4. XII. Auf Vorhalt bleibt er dabei: „Was meine Augen gesehen haben, glaubt mein Herz." Legt großen Wert auf jede Kleinigkeit bei dem ihn beschäftigenden Vorgang.

15. XII. Keine Krankheitseinsicht. Will fort, er sei gesund, wolle sich mit seiner Frau wieder vertragen, wolle die alten Sachen vergessen.

27. XII. Beim Besuch seiner Tochter leugnet er alles, er sei immer nett zu seiner Frau gewesen. Verhält sich dauernd ruhig und geordnet. Hält sich für völlig gesund.

Wird geheilt entlassen, ist nicht wieder psychotisch geworden.

Wir haben also einen 64jährigen Mann, der früher nicht psychisch krank war, ohne ersichtliche auslösende Ursache subakut erkrankte, und zwar im wesentlichen an einem Eifersuchtswahn gegenüber seiner Frau. Die Psychose klang in der Klinik ziemlich schnell ab, rezidivierte aber nach 8 Tagen zu Hause wieder und kam nach einem zweiten, etwas längeren Kliniksaufenthalt zur definitiven Heilung.

Der Eifersuchtswahn mit seinen Folgeerscheinungen ist die typische Form dieser heilbaren Paranoia der Involutionszeit, ganz ähnlich, wie das auch für die chronischen paranoischen Erkrankungen dieses Alters bekannt ist. Es ist wahrscheinlich, daß das mit dem Sinken der Potenz zusammenhängt, wie es für den alkoholischen Eifersuchtswahn angenommen wird. Die chronischen paranoischen Erkrankungen in der Involutionszeit sollen nach den Autoren (Kräpelin, Kleist) in ganz überwiegender Mehrheit bei Frauen vorkommen und auch von den heilbaren akuten, respektive subakuten paranoischen Psychosen dieses Alters ist das behauptet worden (Bonhöffer). Nach unseren Beobachtungen in der Klinik in Halle können wir keine so besonders hervortretende Bevorzugung des weiblichen Geschlechts konstatieren.

Der folgende Fall zeigt, daß auch im eigentlichen Greisenalter vorübergehende paranoische Psychosen auftreten, die natürlich immer etwas anders gefärbt sind, einen mehr oder weniger senilen Beigeschmack haben, aber doch sich deutlich als zirkumskripte Psychosen von den sonstigen senilen psychischen Veränderungen ablehnen. Ich meine hier nicht die Fälle von ausgeprägter seniler Demenz, die vorübergehend bald diese, bald jene Wahnideen produzieren, sondern solche Personen, die zwar senil in ihrem ganzen Wesen, aber nicht chronisch psychotisch sind.

9. Sch., Hermann, 71 Jahre alt, Hospitalit, früher Kaufmann, aus Halle. In der Klinik vom 2. III. bis 7. V. 1908.

Anamnese: Von Heredität nicht Sicheres bekannt. Pat. wird aus dem hiesigen Hospital der Klinik zugeführt mit kurzem Arztbericht, aus dem hervorgeht, daß er an Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen (Gesichts- und Gehörshalluzinationen) leide.

Befund bei der Aufnahme: Pat. befand sich bei der Aufnahme in deutlich gehobener Stimmung, spricht viel und lebhaft, ist nach kurzer Zeit bereits mit allen Patienten des Saales bekannt, führt das große Wort. Sehr selbstbewußt, erzählt sofort von dem großen Geschäft, „eine eingetragene Handelsfirma", welches er früher gehabt habe. Bei ihm haben früher nur Studenten und feine Leute gekauft, er habe jetzt noch ca. 5000 Mark ausstehen. Auch ein Pat., der vor kurzem hier entlassen sei, sei noch sein Schuldner. Wenn die Leute wüßten, wie es ihm ginge, würden sie ihm sofort beispringen.

Eine zusammenhängende Unterhaltung ist sehr erschwert, weil Pat. immer wieder zu Nebensächlichkeiten abschweift. Zeitlich und örtlich völlig orientiert. Er sei ganz gesund. Der Grund seiner Zuführung sei der, daß er Herrn Dr. Sch. beleidigt habe, indem er ihm erklärte, er wolle sich von einem andern Arzt behandeln lassen, daraufhin habe Herr Dr. Sch. ein Zeugnis gegen ihn ausgestellt. Zum Teil sei auch an seiner Aufnahme der Umstand schuld, daß er öfter mit seinem Inspektor Differenzen gehabt habe. Mit seinem Zimmergenossen im Hospital habe er sich nicht vertragen. Er sei Raucher und der andere Schnupfer, zwei derartige Menschen vertrügen sich nicht. Obwohl derselbe bereits 78 Jahre alt sei, verkehre er mit einer Dame, was dabei geschehe, könne man sich doch denken. Derselbe käme immer erst um 12 oder 1 Uhr nach Hause und mache dann Tür und Fenster auf, um den Tabaksrauch hinaus zu lassen. Nun sei er aber gegen Zugwind sehr empfindlich und daher habe es oft Zank gegeben. Aus verschiedenen Begebenheiten müsse er schließen, daß der Zimmergenosse einen Nachschlüssel für seinen Schrank haben müsse. Um den Menschen los zu werden, habe er daher an den Rat der Stadt ein Gesuch gerichtet, ohne indes eine Antwort zu erhalten.

Körperbefund: Pat. ist für sein Alter noch sehr gut erhalten und frisch aussehend. Pupillen eng, gleich, prompte Reaktion. Linker Facialis ein wenig schwächer. Zunge weicht etwas nach rechts ab. Deutlicher Tremor der vorgestreckten Finger. Achillessehnenreflexe auch im Knien nicht auslösbar.

4. III. Sehr lebhaft gehobene Stimmung, spricht sehr viel, zahlreiche Wünsche. Hat im Bett ein Halstuch um seinen Kopf gebunden, weil er gegen Zugwind so empfindlich sei. Schläft angeblich sehr gut.

6. III. Bisher keinen Erregungszustand. Schläft gut. Stets sehr lebhaftes, selbstbewußtes Wesen. Schimpft, sobald die Sprache auf seinen Stubenkollegen gebracht wird. Er sei nur hergekommen, weil Dr. Sch. mit dem Inspektor unter einer Decke stecke. Dr. Sch. sei doch in einem gewissen Sinne von dem Inspektor abhängig.

10. III. An seinen Beeinträchtigungsideen betreffs des Inspektors und seines Stubengenossen hält er fest. Im übrigen nicht mehr so lebhaft und wortreich wie anfangs.

16. III. Unverändert. Halluzinationen bisher nicht beobachtet. Schläft gut ohne Mittel.

26. IV. Ganz unverändert. Drängt auf Entlassung, schreibt Briefe an den Oberbürgermeister, will sich beschweren über Freiheitsberaubung, ist aber sonst immer ganz umgänglich. Bringt manchmal querulierende Äußerungen über verschiedene Personen vor, mit denen er früher geschäftlich zu tun hatte.

6. V. Drängt stets nach Hause, ist ganz geordnet. Auch die paranoischen Ideen werden nicht mehr produziert. Gibt an, daß er vollkommen zufrieden sei, auch wenn er von des Bruders Vermögen gar nichts bekäme. Er möchte wieder ins Hospital zurück. Wenn das nicht gehe, könne er auch in der Stadt wohnen. Hat Krankheitseinsicht dafür, daß er unberechtigte Vorwürfe erhoben habe.

7. V. Geheilt entlassen.

Also bei einem sonst psychisch gesunden Greise im Anschluß an einen Konflikt ein subakuter Verfolgungswahn, der nach einigen Monaten heilte.

In der Literatur sind derartige Fälle selten erwähnt, da sie offenbar auch nicht häufig sind. An ihrem Vorkommen kann aber nicht gezweifelt werden. Eine Mitteilung von Hübner gibt die Krankengeschichte eines solchen Falles. Spielmeyer erwähnt auch das Vorkommen solcher Fälle. Bei diesen Erkrankungen handelt es sich meist um einen Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, seltener um einen Eifersuchtswahn. Ausgeschlossen ist aber ein solcher auch bei ganz alten Greisen nicht. Ob das Senium bei diesen Erkrankungen den wesentlichsten Faktor darstellt, läßt sich nicht sagen. Döblin ist der Ansicht, daß das Senium zwar eigenartige Bedingungen für die Entstehung und Exacerbation psychischer Prozesse bildet, daß es aber niemals das ätiologische Hauptmoment ist. Ich glaube, daß die Verhältnisse hier auch ganz ähnlich zu beurteilen sind, wie das bei den gleichen Erkrankungen im Präsenium versucht wurde.

Bei den bisher erörterten Formen akuter paranoischer Erkrankungen konnten exogene Schädigungen des Gehirns wenigstens teilweise als ätiologische Faktoren angenommen oder doch als auslösende Ursache in Betracht gezogen werden und es wurde nachzuweisen versucht, daß diese exogenen Momente höchstens für das Entstehen einer Psychose überhaupt, nicht aber für die besondere paranoide Art derselben verantwortlich gemacht werden können. Es sei hier noch besonders hervorgehoben, daß unter den erwähnten exogenen Schädigungen solche verstanden wurden, die

in den Körper eingeführt (Gifte), oder in ihm entstanden (Tumoren, Arteriosklerose, senile Veränderungen), für das Gehirn fremdartig oder giftig sind oder irgendwie seine Funktion schädigen. Ferner ist zu bemerken, daß rein psychische exogene Schädlichkeiten in den bisher betrachteten Fällen keine wesentliche Rolle spielten.

IV. Akute paranoische Psychosen bei Degenerierten.

In einem gewissen Gegensatz zu den bisher erörterten Formen stehen die jetzt zu behandelnden akuten paranoischen Erkrankungen insofern, als bei ihnen einer äußeren Schädlichkeit keinerlei nachweisbare ursächliche Bedeutung zuzukommen scheint, wo wir aber, abgesehen von der Psychose selbst Zeichen psychischer Abartung feststellen können. Diese psychische Degeneration in jeder Form ist das eigentliche Feld, auf dem akute, heilbare Psychosen paranoischen Charakters von kürzerer oder längerer Dauer entstehen. Zunächst kommen da die paranoischen Erkrankungen in Betracht, die auf dem Boden der epileptischen und hysterischen Konstitution erwachsen, weiterhin die bei Schwachsinn jeder Art beobachteten. Alle diese Formen können als Degenerationspsychosen im weitesten Sinne aufgefaßt werden.

Bei Epileptikern sind diese paranoischen Erkrankungen selten, wenigstens in dem Sinne, wie sie hier gemeint sind, das heißt, daß bei sonst nicht psychotischen Epileptikern gelegentlich eine vorübergehende, eng umschriebene, rein paranoische Psychose auftritt. In der Literatur sind einige Fälle von Paranoia bei Epileptikern mitgeteilt und verschieden gedeutet worden. Tamburini berichtet über einen Epileptiker, bei dem eine chronische Paranoia auftrat; er hielt eine Kombination zweier Psychosen für vorliegend im Sinne Gaupps, indem zu einer kongentialen Psychose eine erworbene hinzutritt. Ein von Selig mitgeteilter Fall ist ganz ähnlich und wird vom Autor auch als Kombination von Epilepsie und Paranoia gedeutet. Meeus bespricht im Anschluß an zwei Fälle, in denen bei Epileptikern später eine echte Paranoia auftrat, die Annahme Ziehens, daß die Wahnideen in solchen Fällen als Überbleibsel von Wahrnehmungen in den epileptischen Dämmerzuständen erklärt werden

könnten und die Theorie von Buchholz, nach der sich in dem durch Epilepsie geschädigten Gehirn leichter eine andere Psychose entwickeln könne. Beide Erklärungen lehnt er ab, da schon das relativ seltene Vorkommen von Epilepsie und Paranoia dagegen spreche. Auch Magnans Ansicht, daß es sich um Vererbung zweier verschiedener Krankheiten handle, stimmt er nicht zu, da in den beiden mitgeteilten Fällen nichts von Heredität nachgewiesen werden konnte. Er kommt schließlich zu dem Resultat, daß ebenso wie ein Gesunder eine Paranoia bekommen könnte, auch ein Epileptiker davon befallen würde, es handele sich also um ein zufälliges Zusammentreffen zweier Psychosen.

Die vier von Hollos berichteten Fälle sind sehr verschiedenartiger Natur; zwei Kranke sind Paranoiker mit epileptischen Symptomen, der dritte war jahrelang Epileptiker, dann hörten im 50. Lebensjahre die Anfälle auf und es entwickelte sich ein chronischer Verfolgungswahn. Bei dem vierten Kranken, einem genuinen Epileptiker, bestanden gleichzeitig Verfolgungswahn und epileptische Erscheinungen. Hollos meint, daß das Zusammenvorkommen von epileptischen und paranoischen Symptomen für einen gemeinsamen Ursprung dieser beiden Erkrankungen spreche und nimmt an, daß die gemeinsame anatomische Grundlage in einer Abnahme der nervösen Substanz im Gehirn und einer Wucherung des interstitiellen Gewebes bestehe, woraus eine Einengung der geistigen Funktionen und eine Verminderung der Assoziationen resultiere. Als Beweis führt er die Paralyse an, wo die nervöse Substanz schwinde und paranoische und epileptische Erscheinungen vorkämen.

Alle diese Erklärungen haben wenig Befriedigendes, sie beziehen sich vorwiegend auf chronische paranoische Zustände, die akuten Psychosen dieser Art sind in der Literatur kaum berücksichtigt. Daher sei ein Beispiel kurz mitgeteilt: Ein 19jähriger Mann, aus gesunder Familie stammend, wurde vom Militär wegen epileptischer Absenzen entlassen. Zu Hause zeigte er sich leicht reizbar, neigte zu Zornausbrüchen gegen seine Angehörigen, sobald er nicht seinen Willen durchsetzen konnte; keine Dämmerzustände; auch in den Wutanfällen bei vollem Bewußtsein. Er wurde wegen eines solchen Wutanfalles in die Klinik eingeliefert, wo er zunächst ganz ruhig war, einen völlig gesunden Eindruck machte. Etwa nach 3 Wochen wurde er plötzlich sehr deprimiert, wollte sich erhängen, gab als Grund an, er habe Stimmen gehört,

die ihm zuriefen, er solle nach Hause kommen, seine Braut habe in den letzten Nächten an seinem Bette gestanden und ihm das zugerufen, seinen Onkel habe er am Tage an der Mauer stehen sehen, er glaube, daß seine Braut, vielleicht auch seine Eltern gestorben seien. An der Realität der Sinnestäuschungen und der Wahnideen hielt er etwa 5 Tage lang fest, dann wurde er zweifelhaft, hielt es für Traum, glaubte aber noch, den Onkel wirklich mehrmals gesehen zu haben. Nach einigen weiteren Tagen trat volle Krankheitseinsicht ein.

Wir haben hier also einen einmaligen halluzinoseähnlichen paranoischen Zustand von etwa 8- bis 10 tägiger Dauer bei einem genuinen Epileptiker, der sonst frei von psychotischen Symptomen war. Zu den sogenannten epileptischen Psychosen kann man derartige Ereignisse nicht rechnen. Aus der epileptischen Anlage allein lassen sie sich nicht erklären, schon ihre relative Seltenheit spricht dagegen. Die oben erwähnten verschiedenen Theorien, die für das Zusammenvorkommen chronischer paranoischer Erkrankungen mit Epilepsie aufgestellt sind, können hier auch nicht aushelfen. Am einleuchtendsten erscheint auch hier wieder die Annahme, daß diejenigen Epileptiker, die unter gewissen — noch nicht näher bekannten — Umständen paranoisch erkranken, neben ihrer epileptischen Konstitution noch eine paranoide Degenerationskomponente haben, die ausschlaggebend für die Form der Psychose ist.

Viel häufiger als bei der Epilepsie finden sich vorübergehende paranoische Psychosen auf dem Boden der Hysterie. Sie pflegen hier meist nicht so scharf sich von dem hysterischen Grundleiden abzuheben, sind oft stark mit hysterischen Zügen durchtränkt, zeigen im ganzen ein durch das hysterische Gepräge etwas abgeändertes Bild, aber die Psychose ist doch als solche deutlich zu erkennen und in den ausgeprägten Fällen, wo sie das einzige wirklich psychotische Geschehen bei einem konstitutionell hysterischen, aber sonst nicht psychotischen Individuum darstellt, imponiert sie durchaus als eigenartige, selbständige, heilbare Geisteskrankheit. Immerhin muß hervorgehoben werden, daß gerade die hysterische Konstitution an sich eine unverkennbare Verwandtschaft mit der paranoiden Degeneration besitzt und viel mehr als andere Degenerationsformen aus sich selbst heraus zu Wahnbildungen aller Art neigt. Bonhöffer meint, daß das vorwiegend seinen Grund hat in der von ihm sogenannten „Labilität des Persönlichkeits-

bewußtseins der Hysteriker". Birnbaum hat die „Labilität des psychischen Gleichgewichtes" als einen allgemeinen degenerativen Faktor bezeichnet und sie verantwortlich gemacht für die bei den Wahnbildungen der Degenerierten beobachtete große Abhängigkeit des Verlaufs dieser Psychosen von äußeren Momenten. Da er dieses Verhalten auch bei den hysterischen Wahnbildungen findet und da überhaupt ganz die gleichen paranoiden Psychosen sowohl bei Degenerativen ohne hysterische Kennzeichen wie bei Hysterikern vorkommen, hält er die Unterordnung der hysterischen Wahnformen unter die größere, umfassendere Gruppe der degenerativen Wahnbildungen für gerechtfertigt. Er betont übrigens wiederholt und ausdrücklich, daß alle diese Zustände mit der Paranoia — das heißt der Paranoia Kräpelins — nichts zu tun haben, er nennt sie deshalb auch nicht paranoisch, sondern spricht nur von Wahnpsychosen der Degenerativen, Psychosen mit Wahnbildung, wahnhaften Einbildungen, hysterischen Wahnformen. Auf die Ausführungen Birnbaums wird später noch zurückzukommen sein.

Der folgende Fall soll als Beispiel einer akuten Paranoia auf hysterischer Basis dienen.

10. F., Rosa, geb. Schulze, 26 Jahre alt, Näherin, Buchdruckersfrau aus Halle. In der Klinik vom 5. II. 06 bis 18. III. 06.

Anamnese: Heredität ohne Besonderheiten. Eltern und Geschwister gesund. Sie selbst ist früher nie ernstlich krank gewesen, hat in der Schule gut gelernt, hatte aber nicht viel Zeit zum Lernen, da sie ihren Eltern bei der Arbeit (Viktualiengeschäft) helfen mußte. Nach der Schulzeit Überanstrengung durch Nähen, strenge Erziehung. Sie mußte lange Zeit für die Eltern mit sorgen. Dann seit 1901 glückliche Ehe. Erste Menstruation mit 13 Jahren. Geburt des ersten Kindes 1903 sehr schwer, mit ärztlicher Hilfe, das Kind starb bei der Geburt. Zweite Geburt Juni 1905 verlief normal.

Jetzige Krankheit: Sie soll früher nie ernstlich krank gewesen sein, war aber angeblich schon vor der Ehe etwas nervös. Nach der schweren Geburt des ersten Kindes wurde das schlimmer. Das zweite Kind hat sie sehr lange gestillt (Juni 1905 bis Ende Januar 1906). Da sie während der Kindessäugung nervös wurde, hat sie das Kind 4 Wochen vor der Aufnahme entwöhnt (Angabe des Ehemannes). Etwa gleichzeitig mit dem Aufhören des Stillens soll die jetzige Geisteskrankheit entstanden sein. Das erste auffällige Symptom bestand in einem Briefe, den sie etwa 4 Wochen vor der Aufnahme an ihren, in Berlin beschäftigten Ehemann schrieb, und aus dessen etwas konfusem Inhalt

hervorging, daß sie glaubte, ihr Mann habe sie und ihr Kind an einen Herrn Wünsche verkauft. Ihren hiesigen Angehörigen fiel damals noch nichts auf. Der Ehemann ließ sie nach Berlin kommen, wo sie ihm erzählte, sie habe gehört, er wolle sich von ihr scheiden lassen, er habe Weihnachten mit Herrn Wünsche gesprochen, und sie und das Kind verkauft, sie sei auch bei den Eltern des Herrn Wünsche gewesen und habe sich nach der Sache erkundigt. Der Ehemann kennt weder Herrn Wünsche noch dessen Eltern. Es gelang dem Ehemann angeblich, sie völlig zu beruhigen, doch drang er darauf, daß sie sich in Halle in ärztliche Behandlung begab. Der Arzt erklärte sie aber bald wieder für völlig gesund, auch die Angehörigen fanden nichts Krankhaftes mehr an ihr. Zwei Tage vor der Aufnahme äußerte sie Verfolgungsideen, glaubte, daß Bekannte sie umbringen wollten, um sich das ihr zustehende Vermögen ihrer Verwandten anzueignen. Auch die Geschichte mit Herrn Wünsche brachte sie wieder vor. Sie ließ sich diesmal auch nicht von ihrem Manne ihre Wahnideen ausreden, sondern blieb dabei, daß alles Wahrheit sei.

Befund bei der Aufnahme: Körperbefund ohne Besonderheiten. Sie sieht gesund und kräftig aus, keine hysterischen Zeichen. Keine Intelligenzstörung, Stimmung indifferent. Ruhiges und geordnetes Verhalten. Pat. gibt an, ganz ruhig zu sein und sich wegen Verfolgungen keine Gedanken zu machen. Sie gibt an, bei ihren Schwiegereltern habe sie erzählen hören, es habe einer seine Frau verkauft. Nachher habe sie gedacht, es sei ihr Mann, der seine Frau verkauft habe. Der Schwager habe mal gesagt: „wenn dich der Schuh drückt, dann zieh ihn doch aus" und sie bedeutungsvoll angesehen.

In den ersten Tagen des Klinikaufenthaltes konnte nichts wesentlich Krankhaftes festgestellt werden, außer dem Festhalten an den erwähnten Wahnideen. Sie klagte zeitweise über Sausen oder Zirpen im Kopf, wie von einer Drahtspirale. Der Schlaf, der während der letzten 3 Wochen zu Hause schlecht war, ist in der Klinik gut.

14. II. Die Stimmung wechselt sehr. Pat. war beim Besuch ihres Mannes sehr munter, nachdem sie am Tage vorher unter Jammern und Klagen gebeichtet hatte, sie habe in Berlin bei Aschinger den Kaiser gesehen und ihn nicht so angeredet, wie es sich gehöre, und ihn dadurch beleidigt. Pat. bat den Arzt, doch an den Kaiser zu schreiben und ihn um Verzeihung zu bitten. Pat. erzählt später auch, der Kaiser und seine Frau sei hier in Halle in der Ulrichstraße gewesen, um sie zu beschützen gegen die Leute, die das ihr erblich zustehende Geld haben wollten. Es sind immer nur die drei Ideen, die sie vorbringt: das Verkauftwerden, das Beraubt- und Betrogenwerden und die Beleidigung des Kaisers. Pat. betont auf Versuch, sie zu korrigieren, immer wieder, daß alles wahr sei. Keine Krankheitseinsicht. Sie will selbst zum Kaiser nach Berlin, bittet deshalb täglich um Entlassung.

16. II. Pat. hat gestern im Flur eine Patientin gesehen und später erzählt, sie habe die Kaiserin im Flur gesehen, sie bittet, heute mit der Oberin zur oberen Villa gehen zu dürfen, um die Kaiserin zu besuchen. Auf Vorhalt, daß die Kaiserin in Berlin sei, meint sie nein, sie sei hierher gekommen, um sie zu beschützen, dann aber, sie könne ja auch nach Berlin fahren, um sie um Verzeihung zu bitten. Sie sagt, die Kaiserin habe einmal gesagt, sie gehöre eigentlich zur Familie, sie habe so etwas Fürstliches an sich. Sie schreibt einen Brief an den Kaiser.

19. II. Pat. behauptet heute, sie sei in Berlin mit den kaiserlichen Prinzen bei den Stettiner Sängern gewesen; der Kronprinz, der vielleicht nicht gewußt habe, daß sie verheiratet sei, habe ihr zugeredet, sie solle doch dem Prinzen Eitel Friedrich zu Willen sein. Sie will den Kaiser antelephonieren, da er nicht auf ihren Brief geantwortet habe.

21. II. Klinische Vorstellung: Pat. bezeichnet sich als gesund und kommt gleich auf ihre Wahnideen zu sprechen, erzählt, daß bei Aschinger in Berlin der Kaiser und die Prinzen mit ihr am Tische gesessen hätten, sie habe den Prinzen Eitel „Herr Leutnant" genannt und müsse darum um Verzeihung bitten. Sie verneint, Stimmen gehört zu haben, gibt dagegen an, aus Gebärden der Leute gesehen zu haben, daß man etwas gegen sie habe. Auf Vorhalt ihrer Ideen sagt sie, sie komme immer mehr zur Gewißheit, daß alles wahr sei mit der Kaiserin, sie denkt, die Wärterinnen seien vom Kaiser beauftragt, über sie zu wachen. Sie seien so auffallend freundlich zu ihr, sie habe keinen Mann mehr, ihr Mann habe eine Frau Hentrich geheiratet. Eine Wärterin habe davon gesprochen, daß sie auf einer Hochzeit in Ballenstedt gewesen sei, da habe sie gleich gedacht, das sei die Hochzeit ihres Mannes mit einer anderen gewesen.

22. II. Nachdem die Pat. vorgestern noch auf die Frage nach fürstlicher Herkunft oder Verwandtschaft nichts zu sagen wußte, rückte sie heute damit heraus, ihre Schwiegermutter habe nicht einmal, sonderen mehrere Male gesagt: „Wenn du eine Prinzessin bist, dann mußt du einen Prinzen heiraten." Das habe sie gesagt, wenn sie einen unerfüllbaren Wunsch ausgesprochen habe. Pat. glaubt aber doch, die Schwiegermutter habe etwas gewußt. Nach eindringlichen Fragen kommt Pat. damit heraus, sie glaube ganz sicher, daß sie fürstlicher Abkunft sei und von ihren Eltern nur angenommen sei, mit ihrem Manne sei es gerade so, der sei auch fürstlicher Abkunft, und nur von seinen Eltern angenommen. Es habe ihr mal jemand gesagt: „Wenn Sie wüßten, wer ihr Mann ist." Auf die Frage: „Wie denken Sie über Ihre Zukunft?", meint Pat., der Kaiser werde ihr wegen der Beleidigung schon verzeihen und werde sie und ihren Mann dann schon „in ihre alten Rechte wieder einsetzen", sonst würde sie der Kaiser nicht so beschützen. Wogegen? „Gegen die Leute, die sich mein Geld an-

eignen wollen.“ Viel Geld? „Ja, ich denke.“ Wo? „In Halle oder in Aschersleben, ich habe mal was gehört vom Grafen Douglas, der Verwandte in Amerika habe.“ Verwandt mit Graf Douglas? „Das weiß ich nicht sicher, ich denke es, aber Beweise habe ich nicht, habe aber gehört, daß die Verwandten von Graf Douglas Schulze heißen, und ich bin doch so genannt worden.“ Wie? „Luise Rosalie Schulze.“ Richtiger Name? „Nein, mein richtiger Name nicht.“ Wie ist der richtige? „Das weiß ich nicht.“ Was vermuten Sie? „Ich vermute, wir sind mit dem Kaiser verwandt, vielleicht bloß fern verwandt.“ Woher wissen Sie das? „Ich habe nur den einen Anhaltspunkt, daß der Kronprinz sagte, wenn Sie meinem Bruder zu Willen sind, dann ist alles gut. Denn das hätte er doch nicht gesagt, wenn ich nicht fürstlicher Abkunft wäre.“ Wo war das? „Bei den Stettiner Sängern.“

24. II. Pat. erinnert sich heute, daß Prinz Eitel (ein Patient nach Angabe der Wärterin) im Garten gesungen habe: „Es war im Böhmerwald, wo meine Wiege stand.“ Damit habe er ihr eine Andeutung machen wollen, daß sie im Böhmerwald geboren sei. Auch heute sei vom Leierkastenmann das Lied vom Böhmerwald gespielt worden (von der Wärterin bestätigt), das sei eine Bestätigung, daß sie im Böhmerwald geboren sei. Pat. gibt an, der Kaiser sei in der Villa, weil es sie immer hinüberziehe.

27. II. In den letzten Tagen hat sie davon gesprochen, daß sie mit Napoleon verwandt sei. Die Kaiserin Eugenie von Frankreich sei ihre Mutter, sie müsse nach Frankreich und werde wohl bald auf den Thron kommen. Es sei ihr immer mehr zur Gewißheit geworden, daß alles wirklich wahr sei. Jetzt habe sie mehr Ruhe und könne sich alles besser klarmachen. Als Grund für ihre Ideen gibt sie an, daß sie sich immer fremd in ihrer Familie gefühlt habe. Sie schreibt auf Verlangen des Arztes folgenden Lebenslauf.

Halle, Kgl. Nervenklinik, 27. II.

Meine Erlebnisse und Erinnerungen!

Schon als Kind fühlte ich mich immer so niedergedrückt, als gehörte ich nicht zur Familie, die mich groß gezogen hat, als wäre ich zu etwas Höherem geboren. Von meinen Mitschülerinnen wurde ich nicht verstanden. Nach allem Schönen und Edlen strebte mein Sinn. Doch nie konnt ich's erreichen, alles blieb für mich nur Wunsch. Nach meiner Konfirmation besuchte uns ein Herr, der sprach diese Worte zu mir (ganz genau vermag ich die Worte nicht wiederzugeben), also ungefähr: „Du mein Kind bist von deinen Eltern fortgenommen, du bist eine Königstochter. Dein Großvater oder Urgroßvater hat sich an uns Hohenzollern furchtbar schwer vergangen. Er hat unsere edle Königin Luise furchtbar beleidigt, und Königin Luise von Preußen war ein reiner Engel. So ein reiner Engel sollst du auch werden. Du sollst hungern

und frieren, von allen überall das fünfte Rad am Wagen, aber rein sollst du bleiben, und doch sollst du deinen eignen Bruder heiraten, willst du das?“ Darauf antwortete ich: „Nein, das tue ich niemals.“ Der Herr sagte, und du tust es doch, gute Menschen warnen dich, aber du hörst nicht darauf und weißt auch nicht, daß es dein Bruder ist. Das ist der Fluch, der auf dir lastet. Du wirst dich niemals wohl fühlen in deiner Umgebung, du kannst nicht fröhlich sein mit den Gemeinen, denn du bist zu etwas Höherem geboren. Wenn du diese Worte noch weißt an deinem 25. Jahre, dann wirst du Frankreichs Thron besteigen und wirst meine liebe Schwiegertochter werden. Deutschland und Frankreich wird eins sein. Liebes Kind, du hast einen schweren Weg vor dir, aber wir wollen für dich beten, daß du gesund bleibst und die schweren Stunden schadlos an dir vorübergehen. Dein Geburtstag ist mein Hochzeitstag, aber du feierst einen anderen Geburtstag. Als ich den Herrn darauf aufmerksam machte, daß er „Du“ zu mir sagt, sprach er: „Ich bin dein Deutscher Kaiser, Deutschlands Hohenzoller, habe euch auseinander gerissen und will euch auch wieder zusammenführen.“ Dieser Fluch ist in Erfüllung gegangen, ich habe schwere Stunden durchgemacht. Als ich noch nicht 14 Jahre alt war, mußte ich an der Nähmaschine tüchtig nähen. Alles was ich verdiente, mußte ich abgeben, immer und immer war nichts für mich da. Ja, es fehlte oft das Nötigste. Als die Not am größten war, lernte ich meinen Mann kennen und heiratete ihn. Vorher aber, ehe ich heiratete, traf ich mal abends, als ich Arbeit ablieferte, eine Dame, die sprach zu mir, sie sei meine Mutter, ein hartes Geschick habe uns auseinandergerissen, „du darfst nicht bei uns“. Bei dieser Dame war noch ein Herr, die Dame sagte, ob sie mich bloß einmal küssen dürfte, aber der Herr wollte nicht, ich glaube, nachher sagte der Herr, ich sollte meine Mutter küssen, aber ich konnte es nicht, konnte es nicht fassen, daß meine Mutter da war. Heute tut es mir bitter weh, daß ich damals meine liebe Mutter nicht geküßt habe. Dann wieder, als ich Arbeit wegtrug, traf ich in der Großen Ulrichstraße Ihre Kaiserlichen Majestäten und Ihre Kronprinzliche Hoheit. Das war vergangenen Winter. Da sagten mir Ihre Kaiserlichen Majestäten von der Gefahr, die mir drohe, und sagten: „Wir wollen beten für Sie, daß Sie der liebe Gott behüte.“ Ich habe Seine Kaiserliche und Ihre Kaiserliche Majestät und Seine Kronprinzliche Hoheit beleidigt. Und Ihre Kronprinzliche Hoheit habe ich auch beleidigt. Ich konnte es gar nicht fassen. Dann habe ich im Geschäft bei Herrn Michel von der Verkäuferin gehört. Einmal war ein Herr bei Michel im Geschäft, der nannte mich seine Schwester und sagte, wir wären deutsche Franzosen, ich hätte ein schweres Verbrechen begangen, ich hätte meinen Bruder geheiratet. Unsere Ahnen hätten Deutschlands Hohenzollern schwer beleidigt. Er wollte jetzt selbst zum Kaiser und um Verzeihung bitten. Er habe aber eine so große Sehnsucht nach mir gehabt. Aber auch das

verstand ich nicht. Dieser Herr, mein Bruder, sagte auch noch, er sei Arzt der Medizin. Er wollte aber jetzt in einer Nervenklinik lernen, um mich gesund zu machen. Dies schöne Werk ist ihm gelungen. Ich fühle mich jetzt gesund. Ich wage mich nicht, ihm zu danken, denn ich bin so einen guten Bruder nicht wert. Auch Herr Oskar Wünsche hat mir manches gesagt, daß unser Kaiserpaar nach Giebichenstein kommt zu Pastor Melzers. Ich ging auch hin, um für meine Schuld zu büßen. Ich sah keinen Soldat vor der Tür stehen, dann dachte ich, es wäre nicht wahr. Heute aber weiß ich, daß es doch Wahrheit gewesen ist, dann ging ich nach Hause und mußte so bitterlich weinen. Aussprechen konnt ich mich nicht, so wie ich eine Silbe sprach, sagte meine Pflegemutter zu mir: „Du bist krank, das ist alles nicht wahr." Ich konnte weder essen noch trinken und nichts tun, wo ich saß, blieb ich sitzen und mußte immer denken oder weinen. Dann ließ meine Mutter meinen Mann holen, der ging mit mir nach Dr. H., darauf hierher in die Nervenklinik. Hier bekam mir die Ruhe sehr gut. Nach ungefähr 8 Tagen sprach ich mit Herrn Dr. Ha. darüber, es war mir aber immer noch nicht klar, ob das alles Wahrheit ist. Aber heute weiß ich es. Eines Abends sagte Herr Dr. Ha.: „Wissen Sie noch, ob Sie das richtige Kind Ihrer Eltern, die Sie großgezogen haben, sind?" Ich war ganz erstaunt. Diese Frage ging mir durch und durch, mit jedem Tage kamen dann mehr Zweifel, daß ich nicht das richtige Kind derer bin, die mich großgezogen. Seit 3 Tagen glaube ich, in Dr. Ha. meinen Bruder zu sehen. Heute weiß ich gewiß, daß ich die Tochter der Exkönigin Eugenie von Frankreich bin, daß Dr. Ha. mein Bruder, mein früherer Mann mein Bruder ist. Prinz Eitel Friedrichs Braut soll ich werden, und würde es auch gern, wenn ich es wert wäre. Aber das bin ich nicht wert. Ich nähme am liebsten mein Kind und ging in ein anderes Land, nicht nach Frankreich, denn meine Schande ist so groß. Ich habe nicht mehr menschlich gehandelt und möchte auf alles verzichten. Ich fühle mich ja unschuldig, aber die Sünde ist zu groß, als daß sie mir vergeben werden könnte. Doch denke ich oft, mir ist verziehen, denn sonst beschützte mich doch unser Kaiser nicht. Ich fühle, daß ich unter kaiserlichem Schutz stehe. Mir wurden von Herrn Wünsche Zeichen gesagt. Wenn ich ein Weihnachtsbäumchen im Krankenzimmer sehe, dann beschützt mich Seine Kaiserliche Majestät. Auch fiel mir vor einigen Tagen ein, daß Herr Wünsche mir noch mehr Zeichen gab, nämlich gegenüber von uns ist ein neues Haus gebaut und immer werden die Dachziegel abgenommen und wieder frisch drauf getan. Dann sang einst ein Herr den schönen Böhmerwalzer, und das war Prinz Eitel Friedrich von Preußen. Meine Wärterin sagte zwar, es wäre ein Arzt, aber ich weiß gewiß, daß es Prinz Eitel Friedrich von Preußen war. Dann wurde ich zum Kolleg geführt. Als es beendet war, ging Herr Oberarzt mit einem Herrn in Zivil vor mir her,

und dieser Herr war Seine Kaiserliche Majestät von Deutschland. Ich erkannte Seine Kaiserliche Majestät nicht, erst als ich darüber nachdachte. Soeben fällt mir ein, daß jener Dame, meiner lieben Mutter, welche ich vor vielen Jahren hier in Halle traf, auffiel, daß ich die Ohrringe nicht mehr trüge. „Ich durfte dir nicht einmal echte goldene schenken, wie du sie tragen könntest, und nun trägst du die noch nicht einmal.“ Da sagte meine Mutter, von Wünschens wäre jemand dagewesen, die hätte gesagt, ich sollte die Ohrringe wieder tragen. Ich glaube aber nicht, daß mir meine Pflegemutter verboten hat, die Ohrringe zu tragen, es war vielleicht auffällig, vielleicht war ein Glöckchen ab. Ferner fällt mir ein, daß Herr Wünsche sagte: „Wenn den Abend vor dem 27. Januar die Glocken läuten, das sind die Friedensglocken. Dann hat sich Frankreich und Deutschland versöhnt.“ Wenn das wahr wäre, ja dann wäre ich glücklich. Vor ungefähr 6 Wochen war ich in Berlin, da traf ich auch wieder unsere lieben Hohenzollern und habe auch da wieder die hohe Familie arg beleidigt. Ich habe Seine Kaiserliche Majestät schriftlich um Verzeihung gebeten, und ich weiß auch, mir ist verziehen. Aber mir selbst kann ich es niemals verzeihen. Auch habe ich am Sonntag vor 8 Tagen und am Sonntag herrliche Blumen geschenkt bekommen, in dem ersten Sträußchen befand sich eine italienische rote Blume. Diese schöne Blume habe ich vom Prinzen Eitel Friedrich bekommen. Überreicht wurde sie mir von meiner Pflegeschwester, und die sagte auch, diese Blumen hätte sie gekauft. Aber ich weiß wohl, wer sie mir geschenkt hat und was sie bedeuten sollen. Ach könnt ich mich doch erst dafür bedanken. Hier neben unserem Krankensaal links ist ein kleines Stübchen, das wird von einer kranken Frau Professor bewohnt, die sieht mich immer so böse und doch so traurig an, ich denke oft, es ist meine liebe Mutter. Genau weiß ich es aber nicht, ich habe sie ja bloß einmal gesehen und von Frau W., welche auch hier im Saal liegt, denke ich manchmal, es ist meine Schwester. Aber das denke ich bloß, ich weiß ja gar nicht, ob ich eine Schwester besitze. Einmal war mir nachts, als ging ich durch Giebichenstein, durch die Burg Giebichenstein, da standen viele Wagen, alle mit weißen Pferden bespannt. Da konnt ich nicht durch, ich mußte einen Umweg machen. Da ging ich durch einen Fleischerladen, da kamen mir zwei bekannte Fräulein entgegen und wollten mich bedienen, ich sagte aber, ihr habt mich erst nicht angeguckt, nun braucht ihr mich jetzt auch nicht anzugucken. Auch weiß ich, daß die Ausstellung unseres Kaiserpaares, die Geschenke von allen Mächten, möchten vielleicht Prinz Eitel Friedrich von Preußen und mir gelten. Aber fest glaub ich das noch nicht, denn, wenn es so wäre, dann wäre mir ja eine große Schuld verziehen vor aller Welt. Und das kann ich mir nicht denken. Die Sünde ist ja zu groß, was ich begangen habe, ist ja nicht mehr menschlich. Ich kann mir es

nicht verzeihen. Mir ist immer, als müßte ich etwas tun, aber ich weiß nicht was. Das ist meine Lebensgeschichte. Ich kann wirklich aus vollem Herzen singen:

Mächtig tobt des Sturmes Brausen um ein kleines Schiff,
Hilflos hin und her geworfen, droht ihm manches Riff.
Mut, hab' Mut, blick auf den Retter, höre was er spricht:
Ich bin bei Euch alle Tage, ich helfe Euch, verzaget nicht.
Nimm mein Leben, Jesu, Dir übergeb ich's für und für,
Nimm Besitz von meiner Zeit, jede Stunde sei Dir geweiht.

Mittwoch, den 28. II. 1906.

Heute morgen fiel mir weiter ein: Als ich vielleicht 5 bis 6 Jahre alt war, ging ich mit meiner Pflegemutter in das Goldgeschäft des Herrn Walter hier. Dort war ein Herr und eine Dame, die wollte mir recht schöne Ohrringe aussuchen, aber der Herr, der dabei war, sagte, ich sollte keine besseren kriegen, als in den Stand gehörten, wo ich aufgezogen werden soll. Ich glaube, meiner Pflegemutter wurde noch gesagt, ich sei ihr Kind nicht. Dann sagte die Dame wieder: „Es ist doch ihr Kind, ich bin eine reiche Frau und habe ihr Kind lieb, deshalb bekommt es die Ohrringe." Als wir draußen waren, sagte meine Pflegemutter: „Wenn ich wüßte, daß du mein Kind nicht wärst, dann ließ ich dich hier stehen." Der fremde Herr sagte zu meiner Pflegemutter, sie sollte mich recht streng erziehen, sollte nichts durchgehen lassen. Ich sollte eine strenge Erziehung erhalten, denn ich wäre zu etwas Höherem geboren.

1. III. Pat. hält auf Befragen an allen in den Schriftstücken niedergelegten Ideen fest, und läßt sich durch nichts davon abbringen. Wird unwillig und beleidigt, will nichts mehr schreiben, wenn man ihr nicht glaube. Da die Pat. sich als sehr suggestibel erwies, wurde ein Versuch mit Hypnose gemacht. In der Hypnose wurde ihr unter fortwährender Betonung ihres Einverständnisses suggeriert, daß sie körperlich krank gewesen sei, zu lange gestillt habe und daß sie infolge der Krankheit durch Gehörstäuschungen krankhafte Ideen bekommen habe, der krankhafte Zustand sei jetzt aber zu Ende, es sei alles wie weggeblasen.

2. III. Pat. hat nach der Hypnose nachts gut geschlafen, ist heute frei von Wahnideen, lacht beim Hinweis auf dieselben, bezeichnet sich als gesund, hält aber den Arzt für ihren Bruder. Weitere Wahnideen äußert sie nicht, auch nicht in einem Brief an ihren Mann. Bei einer ausführlichen Exploration über ihre einzelnen früheren Wahnideen erklärt sie die meisten derselben für verkehrt und krankhaft, bei anderen sagt sie: „Das ist gewiß auch falsch gewesen, das ist wohl nicht wahr, ich weiß ja nicht." Auf die Frage: Interessiert die Kaiserin sich für Sie persönlich? antwortete sie: „Ich weiß ja nicht." Auf die Frage: „Was

ist mit dem Böhmerwald?“ antwortete sie: „Das ist wohl auch nicht wahr, ich dachte einmal, ich müßte in den Böhmerwald, einmal, ich müßte nach Frankreich, ich weiß gar nicht.“ Sie wurde wieder hypnotisiert und in der Hypnose wurden nochmals die einzelnen Wahnideen ihr ausgeredet.

3. III. Pat. hat die Nacht unruhig geschlafen, zeigt sich aber in munterer Stimmung, frei von Wahnideen, bezeichnet sich als gesund, möchte bald zu ihrem Mann und ihrem Kind entlassen werden. Jedoch fiel sie der Wärterin durch heimliches Lächeln auf, rückte aber auf Befragen nicht mit ihren Gefühlen heraus. Bei der Abendvisite erklärte sie, sie wollte sich von einem anderen Arzt behandeln lassen. Nach dem Grunde befragt, gibt sie schließlich an, sie liebe Herrn Dr. Kl., den sie heute vom Fenster aus im Garten gesehen habe. In der Hypnose erklärte sie, sie liebe Herrn Dr. Kl., den sie in Berlin bei den Stettiner Sängern als Humoristen kennen gelernt habe, er liebe sie auch und sie wollte sich darum von ihm behandeln lassen, er werde sie gesund machen. Diese Idee habe sie erst seit heute. Nach entsprechenden Gegensuggestionen wird die Hypnose beendet und die Pat. blieb seitdem frei von dieser Wahnidee.

4. III. Sie erklärt heute unter Weinen, es sei ihr wieder etwas eingefallen: am ersten Schultage habe sie der Lehrer hochgehoben und gesagt: „das ist ein kleines Prinzeßchen“ und hinzugefügt, wenn sie das nach ihrem 20. Jahre noch wisse, so werde sie eine Prinzessin. Dann aber habe er gesagt, ob sie lieber Prinzessin werden oder sterben wolle. Sie habe gesagt, lieber sterben, und darum glaube sie jetzt sterben zu müssen. In der Hypnose wird ihr suggeriert, daß sie derartige Ideen, die als ganz unbedeutende Überbleibsel ihrer Krankheit sich noch melden würden, sofort unterdrücken könne durch den Gedanken, daß der Arzt sie doch beseitigen würde.

10. III. Nachdem sie seither völlig frei von Wahnideen gewesen war, auch spontan volle Krankheitseinsicht und vernünftige Zukunftspläne geäußert hatte, gab sie heute an, sie habe wieder ein Gefühl, als ob sie etwas nicht recht gemacht, etwas verbrochen habe, aber sie könne nichts sagen, es sei als ob ihr jemand die Zunge festhalte. Weiter erzählt sie, sie habe, als sie sich morgens sehr müde fühlte und Sterbegedanken hatte, den Wunsch gehabt, daß ihr Mann eher sterben möchte, damit sie ihn pflegen könne.

In den folgenden Tagen bis zu ihrer Entlassung zeigten sich keine krankhaften Symptome mehr, sie hatte volle Krankheitseinsicht, beschäftigte sich fleißig, das Arbeiten machte ihr Freude. Sie war überzeugt, daß sie jetzt gesund sei, sie freute sich auf ihre Entlassung und die Wiedervereinigung mit ihrem Mann und ihrem Kinde. Der körperliche Befund entsprach im wesentlichen dem bei der Aufnahme erhobenen. Es fanden sich keinerlei Zeichen von Hysterie.

Am 18. III. wurde sie als geheilt entlassen. Sie ist nicht wieder psychisch erkrankt.

Obwohl in der Krankengeschichte ausdrücklich betont wird, daß sich keine somatischen Zeichen von Hysterie fanden, ist es doch wohl nicht zweifelhaft, daß es sich um eine hysterische Konstitution handelt, das ganze Gebaren der Frau, die starke Suggestibilität und der Verlauf der Psychose spricht dafür. Es ist bemerkenswert, daß anfangs nur ein Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn zu bestehen schien, während sich nachher ganz das Bild einer originären Paranoia ergab. Ferner ist zu beachten, daß das Wahnsystem sehr schnell in voller Ausbildung in die Erscheinung trat, so daß man fast den Eindruck hat, als ob es schon nahezu fertig vorlag, als sie zuerst damit herauskam. Dieses Verhalten findet sich häufig bei den paranoischen Zuständen der Hysteriker und der Degenerativen überhaupt und läßt darauf schließen, daß entweder schon einige Zeit vor dem Manifestwerden der eigentlichen Psychose die Wahnbildung begonnen hat, oder daß früher irgendwann einmal Wahnbildungen stattgefunden haben, die aber nicht besonders affektbetont waren, keinen Realitätswert hatten, mehr phantastische Einbildungen und Träumereien waren und daher nicht geäußert wurden. Es gehört offenbar noch irgendeine äußere Schädigung dazu, damit derartige Individuen wirklich psychotisch werden. In dem vorliegenden Falle kann dieses exogene auslösende Moment ungezwungen in dem langen Stillen des Kindes und der Trennung vom Ehemanne gefunden werden.

Bei diesen hysterischen paranoischen Psychosen braucht man nicht eine besondere paranoide Veranlagungskomponente neben der hysterischen Konstitution zur Erklärung der speziellen Form der Psychose anzunehmen, da, wie schon angedeutet, die hysterische Degeneration an sich zu vorübergehenden Wahnbildungen neigt und infolgedessen paranoische Ereignisse aus der hysterischen Abartung allein verständlich sind. Offenbar sind die hysterische und paranoische Veranlagung sehr nahe Verwandte, sehr ähnliche und häufig nicht scharf zu trennende Degenerationsarten. Deshalb ist es auch nicht immer möglich, im einzelnen Fall den einwandfreien Nachweis zu führen, daß es sich um eine akute paranoische Psychose auf hysterischer Basis handelt; in manchen Fällen, zu denen auch der hier mitgeteilte gehört, kann man zweifeln, ob das betreffende Individuum wirklich ein Hyste-

riker — in weitester Fassung des Begriffes — ist oder ob die Psychose die Manifestation einer lediglich paranoischen Veranlagung ist. Diese Unterscheidung scheint mir auch nicht so wichtig zu sein, wenn man bedenkt, daß weder in den Ursachen, noch in der Symptomatologie, noch im Verlauf dieser Psychosen eine wesentliche Differenz besteht, daß sie gewissermaßen nur eine andere Färbung haben je nach dem Vorherrschen der einen oder der anderen Degenerationskomponente.

Unter den sogenannten Degenerationspsychosen im engeren Sinne finden wir besonders häufig paranoische Erkrankungen heilbarer Art mit akutem oder subakutem Verlauf. Ein Teil der von Magnan als Syndrom episodique bei Degenerierten beschriebenen Zustände gehört hierher.

In neuerer Zeit ist besonders durch das Studium der Gefängnis- und Haftpsychosen unsere Kenntnis von den vorübergehenden Geisteskrankheiten der Degenerierten gefördert worden. Die Arbeiten Bonhöffers, Sieferts und Wilmans haben gezeigt, daß ganz vorzugsweise in dem Gefängnismilieu bei entarteten Personen paranoische Psychosen von relativ kurzer Dauer auftreten, und die Erfahrung lehrt tatsächlich, daß diese Zustände im freien Leben viel seltener beobachtet werden, daß man in den Kliniken und Anstalten, die ihr Krankenmaterial aus dem freien Leben schöpfen, nur ausnahmsweise solche Fälle sieht. Wenn das auch teilweise daher kommt, daß in den Gefängnissen, aus denen sich die ihnen angegliederten psychiatrischen Beobachtungsstationen und Irrenabteilungen rekrutieren, an sich ein großes Material von Degenerativen zusammenströmt, so steht es doch fest, daß die psychischen Schädigungen der Haft ganz vorzugsweise für die Entstehung von Wahnbildungen bei dazu Veranlagten verantwortlich zu machen sind. Es ist schon a priori verständlich, daß der Gefängnisaufenthalt geeignet ist, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn zu erzeugen, da das Einzelindividuum kaum eine stärkere Beeinträchtigung und Verfolgung erleben kann, als sie ihm durch die Rechtspflege des Staates in den Gefängnissen zuteil wird. Ein feindlicheres Vorgehen, als es die Strafhaft darstellt, gibt es nicht. Die absolute Abhängigkeit, der dauernde, unentrinnbar Zwang, die Unmöglichkeit, aus eigenem Entschluß die Verhältnisse zu ändern, kurz, die ganze der betroffenen Einzelperson höchst feindliche Situation müssen notwendigerweises bei allen, die dazu neigen, eine paranoische Psy-

chose zum Ausbruch bringen, es ist das denkbar günstigste Milieu für die Entstehung eines Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahns und man begreift, daß unter solchen Verhältnissen auch geringe, bis dahin völlig latente paranoische Veranlagungen in Gestalt einer charakteristischen Psychose manifest werden. Von diesem Gesichtspunkte aus ist wahrscheinlich auch die erste Gruppe, die B o n h ö f f e r bei den Degenerationspsychosen unterscheidet, zu beurteilen. Er stellt diese Gruppe „der einfachen paranoiden Erkrankungen bei Degenerierten" der Gruppe der querulatorischen paranoischen Erkrankungen der Haft gegenüber, indem bei den ersteren „das ursprüngliche Temperament" eine paranoische Denkrichtung ganz vermissen läßt und die Psychose unvermittelt der ursprünglichen Persönlichkeit gegenübersteht, während die Kranken der zweiten Gruppe (querulatorische Formen) ab ovo paranoisch sein sollen und ihre Gefängnisparanoia nur eine durch die Schädigung der Haft bedingte akute Exacerbation der paranoischen Konstitution darstellen soll.

Nach dem Gesagten halte ich einen prinzipiellen, wesentlichen Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen nicht für erwiesen und auch nicht für wahrscheinlich. Es besteht nur ein quantitativer Unterschied, insofern, als bei der querulatorischen Form die paranoische Veranlagung eben stärker ausgeprägt ist, so daß es möglich ist, schon außerhalb der eigentlichen Psychose die paranoische Konstitution aus verschiedenen Symptomen (Mißtrauen, Reizbarkeit usw.) zu diagnostizieren, was bei den einfachen paranoischen Haftpsychosen nicht möglich ist, da sie ohne die Schädigung der Haft sich nicht bemerkbar macht. Es muß allerdings dahingestellt bleiben, ob bei genauerer Beobachtung sich nicht auch für diese Fälle der positive Nachweis einer paranoischen Artung führen ließe. Die leichtesten Grade psychischer Abartung erkennt man bekanntlich weder in Anstalten noch in Beobachtungsstationen oder Kliniken, sondern im freien, ungezwungenen Verkehr des gewöhnlichen Lebenss, da sie nicht als Krankheit, sondern als Charaktereigentümlichkeit, als individuelle Besonderheit imponieren. Jedem sind neben anderen Formen der psychischen Abartung aus seinem täglichen Verkehr Personen bekannt, die in ihrer Rechthaberei, ihrer Neigung, alles auf sich zu beziehen usw. alle Komponenten der paranoischen Veranlagung darbieten. Derartige Personen werden höchstwahrscheinlich in der Haft paranoisch erkranken. Übrigens weist

Bonhöffer darauf hin, daß die Haft nicht die eigentliche Ursache dieser Psychosen sein kann, da auch im freien Leben ähnliche Erkrankungen beobachtet werden, wie Friedmanns Fälle von „milden Wahnformen“ zeigen. Bonhöffer meint, daß diese Fälle für die Anhänger der akuten Paranoia keine Schwierigkeiten bieten; er selbst scheint diese Ansicht nicht unbedingt zu teilen, sondern eine ähnliche Auffassung dieser Fälle zu haben, wie ich sie kurz vorher andeutete. Bonhöffer sagt, daß ebenso wie auf dem Boden der endogenen hysterischen oder epileptischen Anlage charakteristisch gefärbte episodische Psychosen entstehen, auch andersartige Entartungszustände, die nicht gerade den Typus dieser beiden speziellen Formen tragen, zu episodischen Psychosen disponieren. Er ist überzeugt, daß diese Kranken in der psychosenfreien Zeit der Imbecillität, speziell der „erethischen Debilität“ zuzurechnen seien und daß auf dieser Basis ebenso wie auf der hysterischen und epileptischen interkurrente Psychosen entstehen. Aus diesem Vergleich mit der hysterischen und epileptischen Entartung und ihren charakteristischen Psychosen ergibt sich — wenn Bonhöffer es auch nicht direkt ausspricht — die Notwendigkeit, für die akuten paranoiden Psychosen der Degenerativen eben eine paranoide Entartung anzunehmen.

Kurz zusammengefaßt, geht Bonhöffers Auffassung dahin, daß die querulatorischen Formen „dem ganzen psychopathologischen Mechanismus nach der echten Paranoia im engsten Kräpelinschen Sinne nahe stehen, aber lediglich als äußerlich ausgelöste Reaktionen eines paranoischen, zur Bildung dominierender überwertiger Ideen disponierten Temperamentes zu betrachten sind, während die erste Gruppe (einfache paranoide Erkrankungen, bei Degenerierten) Beobachtungen umfaßt, die man als paranoide Erkrankungen, oder, wenn man will, als akute Paranoia auf dem Boden von Entartungszuständen, die der erethischen Debilität nahe stehen, auffassen muß.“

Die Ansichten der anderen Autoren, die sich speziell mit den Haftpsychosen beschäftigt haben, weichen mehr oder weniger von der hier geschilderten ab, wenigstens in der Deutung dieser Zustände, wenn auch die beobachteten und mitgeteilten Krankheitsbilder im wesentlichen identisch sind. Siefert gibt in seinen „Haftpsychosen“ unter der Bezeichnung paranoische Entartungsformen 14 Fälle paranoischer Erkrankungen wieder, die er in

querulierende Formen und halluzinatorisch-paranoische Formen teilt. Die Erkrankungen der ersten Form gleichen symptomatologisch mehr oder weniger dem Querulantenwahnsinn des freien Lebens, welchen Siefert nicht für eine eigentliche Krankheit, sondern für ein aus Artung und äußeren Umständen gebildetes Kunstprodukt hält. Es sind querulatorisch-paranoisch veranlagte Individuen, bei denen durch den rechtlichen Konflikt diese Anlage bis zur Psychose gesteigert wird. Diese Fälle können genesen, wenn die äußeren Krankheitsmomente fortfallen, wenn die Haft aufhört, Begnadigung oder Freisprechung eintritt, allerdings kommt es in der Regel nicht zu völliger Krankheitseinsicht für die vergangene psychotische Periode. Die halluzinatorisch-paranoiden Formen Sieferts sind durch Sinnestäuschungen und Verfolgungswahn ausgezeichnet und gleichen symptomatologisch völlig den echt paranoischen Erkrankungen, so daß man a priori annehmen müßte, daß man eine unheilbare echte chronisch fortschreitende Paranoia vor sich hat, während tatsächlich die ganze Psychose verschwindet, sobald das Milieu geändert wird, sobald die Haft aufhört; auch bei diesen Fällen ist völlige Krankheitseinsicht selten. Siefert sagt, daß diese Erkrankungen nicht ohne weiteres als Haftpsychosen degenerativer Genese imponieren, daß sie aber in Wirklichkeit doch nicht prinzipiell anders sind als die querulatorischen Formen. Er meint damit offenbar, wie schon aus der Unterordnung unter die gemeinsame Gruppe „paranoische Entartungsformen" hervorgeht, daß auch diese akuten Psychosen nur bei entarteten disponierten Individuen durch die Schädigung der Haft ausgelöst werden. Siefert bewertet allerdings die ursächliche Bedeutung des Haftmilieus außerordentlich hoch und nimmt an, daß nur in der Haft derartige Psychosen möglich sind, die sich auch durch die Enge des paranoischen Feldes, durch die Beschränkung des Wahns lediglich auf den Gefängniskomplex (Staatsanwalt, Direktor, Beamte, Aufseher usw.) von anderen paranoischen Erkrankungen unterscheiden. Auch scheint er nicht eine spezielle paranoische Artung als Basis dieser Psychosen zu postulieren, sondern nur eine allgemeine Entartung.

Karl Wilmans weist in einer ausführlichen Besprechung der Siefertschen Arbeit darauf hin, daß weder die Enge des paranoischen Feldes, noch das Gefängnismilieu etwas speziell Charakteristisches für diese Psychose sei, da auch im freien Leben ähn-

liches vorkommt. Eine Reihe der Siefertschen Fälle hält er für Zustandsbilder chronischer Erkrankungen (Dementia praecox), steht sonst aber im wesentlichen auf dem gleichen Standpunkt wie Siefert.

Kurt Wilmans hat in einer statistischen Arbeit das Bonner Material von Gefängnispsychosen behandelt und kommt zu dem Resultat, daß in der Haft zwei verschiedene Symptomenkomplexe auftreten, die man als Haftpsychose bezeichnen kann, nämlich eine stuporöse Form, die der Isolierhaft eigentümlich, und eine nicht stuporöse, die seltener als die stuporöse ist; beides sind akute Psychosen mit günstiger Prognose; Degenerierte verfallen ihnen leichter als Geistesgesunde. Ob es eine Haftpsychose sui generis gibt, kann Wilmans nicht entscheiden, hält es aber für wahrscheinlich. Krankheitsgeschichten bringt Wilmans in dieser Arbeit nicht.

F. Stern bezeichnet die psychogenen Erkrankungen der Kriminellen, welche eine deutliche Abhängigkeit vom Milieu zeigen, als Situationspsychosen und hält vornehmlich die akuten hysteriform verlaufenden, bei Situationswechsel schnell abklingenden Verwirrtheits- und Stuporzustände für typische Zustände dieser Art. Er meint, daß diese Erkrankungen mit den paranoid-querulatorischen Haftpsychosen viele Berührungspunkte haben und macht die bemerkenswerte Angabe, daß gelegentlich bei denselben Individuen zu verschiedenen Zeiten beide Verlaufsformen vorkommen können.

Ähnlich wie Bonhöffer betrachtet auch Birnbaum die vorübergehenden paranoischen Haftpsychosen als spezielle Fälle der Degenerationspsychosen, die er als Psychosen mit Wahnbildung bei Degenerativen bezeichnet und als echte Krankheitseinheiten anerkannt wissen will, da sie in Entstehung, Verlauf und Ausgang sich von anderen typischen Psychosen unterscheiden, und zwar liegen diese Unterscheidungsmerkmale im Wesen des Krankheitsvorganges begründet und sind auf die degenerative Eigenart zurückzuführen. Diese Psychosen sind vorwiegend durch Wahnbildung charakterisiert, Sinnestäuschungen treten meist zurück, Beeinträchtigungsideen oder phantastische Größenideen bilden den Inhalt des Wahns. Oberflächlichkeit, Unbeständigkeit, Beeinflußbarkeit, unzulänglicher und wechselnder Realitätswert zeichnen diese Wahnbildungen aus. Der Beginn ist meist akut, eine systematische progrediente Weiterentwicklung des Wahns

findet gewöhnlich nicht statt, oft steht ein umfassender, umfangreicher Wahnkomplex gleich zu Beginn fertig da. Die Verlaufsverhältnisse zeigen eine weitgehende Abhängigkeit von äußeren Verhältnissen, was nach Birnbaum auf einen allgemeinen degenerativen Faktor, der von ihm Labilität des psychischen Gleichgewichts genannt wird, zurückzuführen ist. Der Verlauf ist also sehr verschieden, entweder allmählich, oder mit Schwankungen, oder plötzlich klingen die Krankheitserscheinungen ab. Die Dauer schwankt zwischen ganz kurzem anfallsartigem Auftauchen und Verschwinden des paranoischen Zustandes und jahrelangem Bestehen desselben; meist aber dauern diese Psychosen einige Wochen oder Monate. In der Mehrzahl der Fälle tritt Heilung ein mit voller Krankheitseinsicht, bei anderen bleibt trotz Abklingen der Psychose die Krankheitseinsicht aus oder es bleibt ein Residualwahn (Wernicke) bestehen. Ein Defektzustand tritt nicht ein. Die Erkrankungen erinnern weitgehend an die Paranoia, sind aber von ihr im Wesen verschieden, stehen vielmehr den als hysterisch im weitesten Sinne anzusehenden Psychosen nahe und stellen auf psychisch erregende äußere Einflüsse entstehende episodische psychotische Steigerungen der Durchschnittsverfassung dar.

Der Ansicht Birnbaums haben andere Autoren widersprochen. Bleuler hält diese Fälle für Dementia praecox-Kranke, ein Standpunkt, der bei der weiten Fassung, die Bleuler der Dementia praecox gibt, nicht überraschend ist.

Bornstein hat neuerdings die psychotischen Zustände bei Degenerativen eingehend behandelt und dabei auch die paranoischen Formen besprochen. Er kommt zu dem Resultat, daß es eine selbständige Degenerationspsychose nicht gibt, daß vielmehr bei Psychopathen verschiedene akute und chronische psychotische Zustände auftreten, die gewissermaßen eine Steigerung der in der Seele solcher Individuen präformiert enthaltenen latent-psychotischen Elemente darstellen (Dämmerzustände bei Hysterischen, paranoische Erkrankungen bei Personen mit angeborener Zweifelsucht usw.). Diese Zustände können bei demselben Individuum kombiniert vorkommen, wobei dann die der prävalierenden Veranlagungskomponente entsprechende Psychosenform mehr hervortritt. Meist heilen diese Zustände, gehen jedenfalls nicht in Demenz über. Sie sind weitgehend abhängig von ungünstigen Lebensbedingungen und stellen meist nur eine krankhafte Reak-

tion der Degenerativen auf solche äußere Schädlichkeiten dar. Die paranoischen Formen dieser Art werden besonders oft im Gefängnis beobachtet, kommen aber auch unter anderen Lebensverhältnissen vor. Sie gehören nicht zu der Dementia praecox, sind aber auch von dem manisch-depressiven Irresein und der chronischen Paranoia zu trennen. Diese beiden letzten bilden gewissermaßen das Endglied in der langen Reihe degenerativ-psychotischer Zustände. Speziell die Kräpelinsche chronische Paranoia bezeichnet Bornstein als das letzte Glied in der Entwicklungskette der angeborenen paranoischen Erkrankungen, wie das manisch-depressive Irresein zu rein reaktiven, psychologisch motivierten Depressions- und Erregungszuständen.

Abweichend von diesen Anschauungen Birnbaums und Bornsteins sucht Gluck nachzuweisen, daß die psychogenen Psychosen nicht immer in einer degenerativen Veranlagung ihren Grund haben, daß sie auch bei nicht Degenerierten entstehen können, wie aus ihrem Auftreten bei Katastrophen (Erdbeben in Messina) hervorgeht. Der affektive Wert des auslösenden Erlebnisses und die Intensität, mit der es wahrgenommen und verarbeitet wird, sollen das Wesentlichste für die Entstehung derartiger Psychosen sein; außerdem komme noch ein individueller Faktor, nämlich die psychische Gesamtkonstitution hinzu, die aber nicht durch eine degenerative Veranlagung, sondern durch persönliche Antecedentien bedingt sei.

Als für unser spezielles Thema wichtig ergibt sich aus diesen Darlegungen kurz zusammengefaßt, daß bei degenerativen Individuen (psychopathischen Konstitutionen) akute heilbare paranoische Erkrankungen vorkommen, die verschieden lange dauern und in Entstehung und Verlauf weitgehend von äußeren Faktoren abhängig sind. Sie sind als durch exogene Momente ausgelöste psychotische Exacerbationen eines psychisch degenerativen Grundzustandes aufzufassen, und da diese psychotischen Manifestationen bei den gleichen Individuen unter ähnlichen äußeren Schädigungen wiederholt in derselben Form auftreten, da sie im Vergleich mit anderen degenerativen psychischen Störungen selten sind, und wenn auch mit ihnen verwandt, doch deutlich zu unterscheiden sind, ist die Annahme einer speziellen paranoischen degenerativen Veranlagung als Grundursache dieser Psychosen berechtigt. Die Tatsache, daß ausnahmsweise bei derselben Person einmal eine paranoische, ein anderes Mal eine hysterische oder manisch-

melancholische Episode beobachtet werden kann, oder daß sich im jeweiligen Zustandsbilde Symptome dieser verschiedenen Degenerationskomponenten gleichzeitig nachweisen lassen, spricht nicht dagegen, sondern beweist nur die Verwandtschaft dieser Zustände, zeigt an, daß die gemeinsame Hauptwurzel in einer allgemeinen psychischen Degeneration zu suchen ist.

Eine eingehende Definition dieser psychischen Degeneration zu geben, erübrigt sich, da das in den erwähnten Arbeiten genügend geschehen ist und kaum eine Meinungsverschiedenheit darüber — wenigstens hinsichtlich der wesentlichsten Punkte — besteht.

Es ist in den vorhergehenden Erörterungen schon mehrfach die Frage des Querulantenwahns gestreift worden, der in nahen Beziehungen zu den erwähnten paranoischen Psychosen der Degenerierten steht. Er ist als eine besondere Erscheinungsform der paranoisch-degenerativen Veranlagung anzusehen, die durch ihren eigenartigen Entstehungsmodus ihre Symptomatologie und ihren Verlauf von jeher (seit Casper, von dem der Name stammt) als eine charakteristische, wohl umgrenzte Erkrankung imponierte; lange Zeit für das Prototyp der echten Paranoia galt (Hitzig, Kräpelin), von anderen Autoren aber teils als manisch-melancholische Manifestation (Specht), teils als Degenerationspsychose (Bonhöffer, Siefert, Wilmans u. a.) gedeutet wird. Die letztere Ansicht, nämlich, daß es sich dabei um ab ovo paranoid veranlagte Individuen handelt, bei denen infolge tatsächlicher oder eingebildeter Benachteiligung diese angeborene psychische Abartung sich zur wirklichen Psychose entwickelt, scheint immer mehr Anhänger zu gewinnen.

Simmonds schildert einen katamnetisch verfolgten Fall, wo der Kranke nach vielen Jahren zwar noch an seinen Wahnideen festhielt, aber keine Zeichen von Schwachsinn erkennen ließ; er bezeichnet den Querulantenwahn als eine Form der Entartung, meint, daß es sich dabei stets um psychopathische Persönlichkeiten handelt, und sieht die Unterschiede gegenüber der Paranoia Kräpelins darin, daß der Beginn meist ein akuter ist, daß im Verlauf keine Weiterbildung des Wahnsystems stattfindet, wenn die Ursache fortfällt, und daß niemals ein Ausgang in Demenz stattfindet.

Hübner kommt auf Grund der Beobachtung von 18 Fällen zu dem Ergebnis, daß nur wenige der Querulanten Paranoiker sind, einige andere zum manisch-depressiven Irresein gehören, daß

aber die weitaus größte Mehrzahl als Degenerationspsychosen aufzufassen sind. Ähnlich ist Lövys Ansicht, welcher zwar auch zugibt, daß ein Teil der Querulanten Maniaci sind, aber daneben eine Gruppe mit andersartiger Pathogenese anerkannt wissen will, nämlich die, wo sich der Querulantenwahn auf Grund einer psychopathischen Konstitution enwickelt im Anschluß an einen unerledigten Affekt; diese Art des Querulantenwahns stelle eine Untergruppe der überwertigen Ideen Wernickes dar.

Dagegen betont John die große Ähnlichkeit zwischen Hypomanie und Querulantenwahn und teilt ausführlich einen Fall mit, wo der Kranke nach 9 jähriger Dauer des Querulierens 10 Jahre hindurch völlig gesund blieb, worauf wieder ein Querulantenwahn auftrat; John hält derartige Fälle für hypomanische Zustände.

Heilbronner bespricht ausführlich die Beziehungen zwischen Querulantenwahn und Hysterie, er bezeichnet die überwertige Idee im Sinne Wernickes als maßgebend für die Gestaltung des Querulantenwahns, während das bei der echten Paranoia nicht der Fall ist. Eine allgemeine degenerative Basis hält er für erforderlich zur Entstehung des Querulantenwahns, der von der echten Kräpelinschen Paranoia zu trennen ist. Der eine der beiden Heilbronnerschen Fälle gelangte nach einigen Monaten zur Heilung.

Daß der Querulantenwahn heilen kann, wird wohl allgemein zugegeben, aber man hebt hervor, daß es zu einer Heilung im praktischen, nicht streng wissenschaftlichen Sinne kommt, indem die Wahnideen zwar völlig verschwinden können, aber doch keine komplette Krankheitseinsicht erreicht, die psychotische Periode nicht als krankhaft erkannt wird. Es ist aber dabei zu bedenken, daß eine solche völlige Krankheitseinsicht überhaupt selten ist und daß viele Menschen und besonders so rechthaberische Naturen wie die Querulanten niemals einsehen oder gar zugeben, daß sie sich geirrt haben, daß sie im Unrecht waren. Anderseits darf man nicht vergessen, daß zuweilen wohl ein an Heilung grenzendes Nachlassen der Wahnideen und des ganzen krankhaften Zustandes eintritt, das so weit gehen kann, daß es einer völligen praktischen Heilung gleich kommt und nur bei sorgfältiger Prüfung doch noch ein auf ganz bestimmte Dinge beschränktes Wahnsystem erkennen läßt, welches dauernd bestehen bleibt. Das sind dann Patienten, die ganz manchen alten chronischen Paranoikern gleichen, die gelernt haben, ihre Wahnideen

zu unterdrücken, nie mehr davon sprechen, nicht ihrem Wahn entsprechend handeln, sondern ruhig und geordnet ihrer Beschäftigung obliegen. Aber jedenfalls steht es fest, daß also auch hier akute, vorübergehende Erkrankungen vorkommen.

Zu den Degenerationspsychosen im weiteren Sinne sind wohl auch die als induziertes Irresein bezeichneten heilbaren paranoischen Psychosen bei verschiedenen Mitgliedern derselben Familie zu rechnen. Meist handelt es sich in diesen Fällen um eine chronische Paranoia eines Familienmitgliedes, welches einen maßgebenden Einfluß auf einen Teil der übrigen ausübt und auch auf sie seine paranoischen Ideen überträgt. Derartige Fälle sind mehrfach beschrieben und bedürfen keiner ausführlichen Erörterung, nur einige neuere Mitteilungen sollen erwähnt werden.

Etchepare hat eine Familie von 7 Personen beschrieben, von denen 2 oder 3 primär an Querulantenwahn oder Paranoia erkrankt waren, während die übrigen an einer induzierten paranoischen Erkrankung litten. Schönhals hat vor kurzem die Beobachtungen von induziertem Irresein, die in der Jenenser Klinik in den letzten 13 Jahren gemacht wurden, veröffentlicht. Er schildert ausführlich eine Familie, in der anscheinend die Mutter und besonders der älteste Sohn primär paranoisch waren und zwei jüngere Söhne an induzierter, bald heilender Paranoia erkrankten. Bei dieser Familienkrankengeschichte, in der auch die Voreltern, soweit es möglich war, berücksichtigt sind, zeigt sich sehr schön einerseits die allgemeine, von Generation zu Generation zunehmende psychische Degeneration, die allmählich immer mehr nach der paranoischen Richtung gravitiert, und anderseits die „suggestive Beeinflussung mehrerer disponierter, geistig minderwertigen Individuen durch den — Autorität und Einfluß genießenden — Geisteskranken, dessen krankhafte Wahnideen als solche zu erkennen ihre kritische Veranlagung nicht ausreichte". Außer dieser Familienerkrankung teilt Schönhals noch vier Fälle mit, von denen aber nur drei als induzierte Paranoia angesehen werden können; einer dieser drei Fälle ist dadurch interessant, daß es sich bei der induzierten Person nicht um ein Familienmitglied, sondern um einen Angestellten eines gebildeten und geistig überlegenen Paranoikers handelt; ein weiterer Fall zeichnet sich dadurch aus, daß die induziert erkrankte Schwester einer chronischen Paranoika auch nach der Trennung nicht geheilt wurde, sondern ihre Wahnideen selbständig weiter entwickelte.

Ein solches Fortschreiten des Wahnes stellt eine Ausnahme beim induzierten Irresein dar, welches in der Regel als eine akute heilbare Paranoia bei Degenerativen auftritt.

Solche Fälle sind in unserer Klinik in letzter Zeit mehrfach zur Beobachtung gekommen, einmal war eine ganze Familie betroffen, immer erwiesen sich die heilbaren induziert paranoischen als labile, degenerative, suggestibele Personen. Zwei Fälle, die längere Zeit zurückliegen und daher eine gewisse katamnestische Beurteilung zulassen, seien kurz mitgeteilt, da sie auch wegen des ganz akuten Beginns der Erkrankung interessieren.

11. Ein 33 jähriger Schiffer wurde samt seiner gleichalterigen Frau durch die Polizei eingeliefert, weil sie plötzlich Zeichen von Geisteskrankheit zeigten. Sie hatten am 1. II. 1904 eine neue Wohnung bezogen, zogen dort am 4. II. aus, weil der Mann üble, betäubende Gerüche wahrnahm und glaubte, er solle samt seiner Familie vergiftet werden. Sie zogen nun auf einen Kahn in der Saale, auch dort merkte der Mann und bald auch die Frau die üblen Gerüche. In der Nacht vom 5. zum 6. II. geriet der Mann in große Angst wegen dieser Gerüche, lief in die Stadt, um einen Arzt zu holen. Auf dem Rückweg glaubte er sich von seinen Feinden irregeführt, wurde erregt, hielt einen Schlächterwagen an, weil er glaubte, seine Kinder seien darin, wurde deshalb von der Polizei festgenommen und in die Klinik gebracht. In der Klinik war er während den ersten Tagen ängstlich erregt, beruhigte sich dann, fühlte selten Sinnestäuschungen, äußerte aber mannigfache Beziehungsideen und brachte schließlich ein ganzes Verfolgungswahnsystem vor (eine Verbrecherbande bedrohe ihn und die Seinen, der Fabrikant eines Kahnes sei der eigentliche Feind). Nach einigen (3) Monaten trat zunehmende Krankheitseinsicht ein und er konnte am 2. V. 1904 ohne Bedenken entlassen werden. Seine Frau hatte, durch ihren Mann aufmerksam gemacht, die verdächtigen Gerüche auch wahrgenommen und war auch von der Realität der Verfolgungswahnideen ihres Mannes fest überzeugt. Bei ihr trat aber schon nach einigen Wochen völlige Krankheitseinsicht ein, so daß sie schon am 15. III. 1904 entlassen werden konnte. Sie war später noch einmal in der Klinik, um sich zu bedanken für ihre Heilung, und zeigte sich bei dieser Gelegenheit völlig gesund und frei von psychischen Symptomen. Sie ist 1906 an Genickstarre gestorben. Der Mann ist angeblich auch nicht wieder geisteskrank geworden. Aber genauere Nachforschungen haben ergeben, daß er im Anschluß an den Tod seiner Frau einen länger dauernden offenbar querulatorischen Zustand durchmachte, indem er in rascher Folge Eingaben an alle Instanzen und Behörden machte, weil er glaubte, seine Frau sei ohne hinreichenden Grund ins Kranken-

haus gebracht und dort falsch behandelt. Er beschwerte sich über den Kreisarzt und den Krankenhausleiter und beschimpfte sie. Er ging schließlich bis an den Reichskanzler und wußte einen Reichstagsabgeordneten davon zu überzeugen, daß ihm Unrecht geschehen sei, so daß dieser die Sache im Reichstage zur Sprache brachte, worauf der Reichskanzler genauen Bericht einforderte. Vor Gericht nahm er die Beleidigungen reuevoll zurück und bat um Verzeihung. Seither hat er sich ganz ruhig und geordnet verhalten. Bei diesen beiden Kranken lag keine hereditäre Belastung vor; Alkoholismus kam nicht in Frage. Die Frau bot außer leichter Beeinflußbarkeit nichts besonderes Psychopathisches. Auffallend ist der ganz akute Ausbruch der Erkrankung bei dem noch jungen Manne; das einzig auslösende Moment, welches in Frage kam, bestand in gewissen Differenzen mit dem Erbauer seines neuen Kahnes, welcher nach seiner Ansicht nicht so gebaut wurde, wie er es verlangt hatte. Diese Differenzen, die ihm viele Sorgen machten, bestanden nach Aussage der Frau seit einigen Wochen vor Ausbruch der Psychose. Ferner ist bemerkenswert, daß der Mann, welcher bei der ersten Erkrankung im Jahre 1904 gar keine querulatorischen Züge darbot, zwei Jahre später im Anschluß an den Tod seiner Frau das ausgeprägte Bild des Querulantenwahns zeigte.

Anschließend an diese Erörterungen über die akuten Wahnpsychosen der Degenerativen muß noch kurz darauf hingewiesen werden, daß nicht nur bei diesen leichten Formen der psychischen Abartung, nicht nur bei den psychopathischen Konstitutionen, sondern auch bei ausgesprochen Schwachsinnigen vorübergehende paranoische Erkrankungen vorkommen, und zwar nicht so ganz selten. Bei leichteren Graden der Imbecillität bildet zuweilen ein solcher akuter paranoischer Zustand das einzige, wirklich psychotische Ereignis, welches die Betroffenen, die sonst im Schutze der Familie ihr Leben lang in ihrem beschränkten Wirkungskreise tätig sind, vorübergehend in die Anstalt führt, wie das beispielsweise der folgende kurz referierte Fall zeigt.

12. Eine 35 jährige ledige Gastwirtstochter, deren Familienanamnese nichts Besonderes bietet, galt immer als schwachsinnig, war aber im elterlichen Haushalt tüchtig und brauchbar. Sie erkrankte plötzlich mit Sinnestäuschungen und Wahnideen, wollte nicht aus dem Hause gehen, weil die Leute sie so merkwürdig ansehen, ihr ehrenrührige Dinge nachsagten, dabei war sie ängstlich. Es entwickelte sich schnell das Bild einer akuten Halluzinose. In der Klinik änderte sich der Zustand zunächst nicht wesentlich. Die Wahnideen bezogen sich stets auf die Kränkung ihrer jungfräulichen Ehre, ein deutlicher Erklärungswahn bildete sich nicht aus. Die Sinnestäuschungen bestanden nur in Ge-

hörs- und vereinzelt auch in Gesichtstäuschungen. Nach mehreren Monaten klang die Psychose ab, soweit es der Schwachsinn zuließ, trat Krankheitseinsicht ein und jetzt ist sie seit vielen Jahren (seit 1891) ruhig und geordnet im Haushalt des Bruders, der die elterliche Gastwirtschaft übernommen hat, tätig. Psychotische Symptome sind nicht wieder bemerkt worden.

In der Literatur sind diese vorübergehenden paranoischen Zustände bei Schwachsinnigen wenig beachtet worden. Deny und Blondel weisen bei der Vorstellung eines solchen Falles darauf hin, daß Schwachsinnige mit Wahnideen besonders geeignet seien für das Studium des Mechanismus der Paranoia.

In der vorhergehenden Darstellung ist gelegentlich schon die milde systematisierende Paranoia Friedmanns erwähnt worden. Sie muß jetzt noch etwas eingehender erörtert werden. Friedmann hat unter der eben erwähnten Bezeichnung paranoische Erkrankungen beschrieben, die er vorwiegend bei weiblichen Personen beobachtete. Diese Frauen erkrankten meist im Alter zwischen 30 und 40 Jahren im Anschluß an ein stark affektbetontes Erlebnis mit einem eng begrenzten Wahnsystem, welches sich mit diesem Erlebnis und seinen Ursachen oder Folgen beschäftigte. Halluzinationen traten nie auf. Nach 2 bis 3 Jahren trat Heilung — wenigstens im praktischen Sinne — ein. In der vorpsychotischen Zeit waren die betreffenden Personen sensibel, eigensinnig und exaltiert.

Einen ähnlichen Fall hat Bonhöffer mitgeteilt, der eine Dame betraf, die von der Polizei eine Anfrage über einen früheren Dienstboten erhielt, gegen den ein Diebstahlverfahren schwebte; sie fürchtete nun, daß seitens des Dienstboten Äußerungen von ihr berichtet werden könnten, die als Majestätsbeleidigung angesehen werden könnten und zu einer Anklage wegen Majestätsbeleidigung führen würden. Sie ließ sich diese Wahnideen nicht ausreden, war stets nur damit beschäftigt, bis nach 10 wöchiger Dauer und nach Aufhebung des Verfahrens dieser ausgesprochene Beziehungswahn allmählich verschwand. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß diese Erkrankungen identisch sind mit den von Wernicke als zirkumskripte Autopsychosen auf Grund einer überwertigen Idee im Anschluß an ein affektvolles Erlebnis bezeichneten Psychosen. Alle diese Zustände sind paranoische Erkrankungen, die meist subakut verlaufen, aber auch chronisch werden können. Die Patientinnen Friedmanns sind sämtlich

geheilt, der Fall Bonhöffers gelangte ebenfalls zur Heilung, und Wernicke sagt von seiner Autopsychose, daß Heilung möglich sei, daß das Wahnsystem stets auf eine bestimmte Idee beschränkt bleibe.

Daß es sich bei diesen Fällen um Personen handelte, die in ihrer vorpsychotischen Zeit keine nachweisbaren geistigen Störungen boten, ist zweifellos, ebenso, daß nicht Zustandsbilder im Verlauf einer chronischen Geisteskrankheit vorlagen; aber es geht aus den Schilderungen der Autoren deutlich hervor, daß die betreffenden Personen immer eigenartige, exaltierte, sensible, kurz, psychopathische Personen waren und daß zum Teil eine mehr oder minder starke psychopathische Belastung vorlag. Aber ein speziell paranoischer Charakter wurde vor Ausbruch der Psychose nicht festgestellt. Damit ist natürlich noch nicht erwiesen, daß ein solcher tatsächlich nicht vorhanden war, zumal wenn man bedenkt, wie schwer es ist, selbst bei sorgfältiger Nachforschung über die Vorgeschichte psychisch Kranker sichere Aufschlüsse zu erhalten, besonders wenn es sich um so diffizile Fragen wie diese latenten Charaktereigenschaften handelt. Nur in den seltenen Fällen, wo man die betreffenden Personen aus eigener Anschauung längere Zeit vor der Psychose genau gekannt hat, kann man ein einigermaßen zutreffendes Urteil in diesen Dingen gewinnen.

Bei den bisherigen Betrachtungen wurde immer versucht, irgeneine Ätiologie für die Entstehung akuter paranoischer Erkrankungen zu finden oder doch wahrscheinlich zu machen. Den äußeren Ursachen, den inneren Erkrankungen einschließlich der Involutions- und Seniumsveränderungen wurde im wesentlichen eine auslösende oder eine gewisse Form und Färbung gebende Rolle zugewiesen, während die wahre Ätiologie in der psychischen Konstitution, in der speziellen psychischen Artung der betreffenden Individuen gesucht wurde. Es erhebt sich nun die Frage, ob es auch eine akute paranoische Erkrankung gibt, die psychisch ganz einwandfreie Personen befällt, zu einer gewissen Höhe anwächst, eine Zeitlang besteht, dann mehr oder minder schnell abklingt und eine gesunde Psyche zurückläßt. Derartige Fälle würden gewissermaßen als „akute Paranoia“ im Sinne der inneren Medizin, wie etwa ein Typhus zu bewerten sein.

Thomsen hat in einer ausführlichen Arbeit diese Frage im bejahenden Sinne zu lösen versucht. Er meint durch seine Fälle die Existenz einer solchen akuten Paranoia nicht nur wahr-

scheinlich gemacht, sondern direkt bewiesen zu haben. Er teilt 24 ausführliche Krankengeschichten mit nebst genauen Katamnesen, welche dartun, daß die betreffenden Personen später dauernd gesund geblieben sind. In allen Fällen sucht Thomsen nachzuweisen, daß irgendeine besondere Ätiologie (Alkohol, Gifte usw.) nicht vorlag. Neuropathische oder psychopathische Belastung fand sich nur bei der Hälfte der Fälle und spielte nach Thomsens Ansicht keine nennenswerte Rolle. Die Mehrzahl der Erkrankungen fiel in die erste Lebenshälfte, nur drei erkrankten nach dem 40. Jahre. Die Erkrankung begann immer akut, oft im Anschluß an Blutverlust, Unterernährung, Überanstrengung, Umständen, denen vorwiegend auslösende Bedeutung zugeschrieben wird. In einer Reihe von Fällen bestand anfangs ein Verwirrtheitszustand, der aber bald vorüberging und dann trat ein mehr oder minder systematisierter Wahn bei völliger Besonnenheit zutage. Andere Fälle waren von vornherein und dauernd besonnen. Der Wahn war meist ein Verfolgungswahn, zuweilen aber auch Größenwahn. Die Stimmung war verschieden, jedoch in der Regel eine leicht gehobene, hypomanische. Die Dauer der Erkrankung betrug in der Mehrzahl der Fälle drei Monate, nur einmal dauerte sie drei Jahre. Immer trat Heilung ein, nie blieb ein geistiger Defekt zurück. Thomsen gibt zu, daß man bei mehreren seiner Fälle zweifeln kann, ob sie nicht dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen sind; er selbst scheint überzeugt zu sein, daß auch diese Fälle als akute Paranoia zu gelten haben. Kleist hat in einer eingehenden Besprechung der Thomsenschen Arbeit nachzuweisen gesucht, daß die Mehrzahl der Thomsenschen Fälle nicht als Paranoia angesehen werden können, sondern anderen Krankheiten, nämlich dem manisch-melancholischem Irresein, den Motilitätspsychosen, zugezählt werden müssen. Aber bei zwei Fällen muß auch Kleist anerkennen, daß es sich um paranoische Zustände handelt.

Wenn man bei der kritischen Betrachtung der Thomsenschen Krankengeschichten von dem Standpunkt ausgeht, zu versuchen, ob das, was der Autor beweisen will, sich halten läßt, so wird man doch nicht nur zwei, sondern noch eine ganze Reihe mehr der Thomsenschen Krankengeschichten als Paranoia bezeichnen können. Allerdings glaube ich auch, daß es vorläufig, so lange die Streitfrage der akuten Paranoia noch so wenig geklärt ist, nicht angängig erscheint, Psychosen, bei denen nicht völlige Besonnen-

heit während der ganzen Dauer der Erkrankung herrscht, als beweisend für die Existenz der akuten Paranoia heranzuziehen. Die Zugehörigkeit solcher Fälle muß einstweilen zweifelhaft bleiben, obwohl a priori kein Grund vorliegt, eine Verwirrtheit, besonders im Beginn einer akuten Psychose — als Gegenargument gegen die Annahme einer Paranoia zu verwenden. Jedenfalls scheint aus der Arbeit Thomsens hervorzugehen, daß akute Psychosen vorkommen, die man nach ihrer gesamten Symptomatologie als Paranoia bezeichnen muß und nicht ohne Zwang in eine der anderen bekannten Krankheitsgruppen einreihen kann, und daß diese akuten Wahnpsychosen auch bei Personen auftreten können, die keine erbliche Belastung aufweisen und keine Zeichen psychischer Degeneration erkennen lassen, vielmehr bis zum Ausbruch der Psychose psychisch ganz gesund erschienen und erkrankten, ohne daß eine besondere Ätiologie nachweisbar ist. Sicher sind solche Psychosen relativ selten, und in dem großen Material an Krankengeschichten der Klinik in Halle konnte ich nur wenige finden, die hierher gehören dürften. Die folgenden Krankengeschichten betreffen derartige Fälle.

13. B., Wilhelm, 35 Jahre alt, Assessor aus B. In der Klinik vom 13. X. bis 1. XII. 1905.

Heredität: Großvater väterlicherseits litt an Schwermut und endete durch Selbstmord. Die Eltern sind beide nervös. Der Vater soll an hypochondrischen Stimmungen leiden. Die einzige Schwester (älter als der Patient) war 1895 wegen Melancholie $1^1/_4$ Jahr und 1903 nochmals einige Monate in der Irrenanstalt K. Zwei jüngere Brüder sind gesund. Er selbst glaubt schon als Kind nervös gewesen zu sein. Auf der Schule hat er leicht und gut gelernt, war aber immer sehr fleißig. Er konnte pekuniärer Verhältnisse wegen nicht, wie er eigentlich wollte, in eine Verbindung eintreten. Er lebte sehr einsam und solide, war stets schüchtern, zurückhaltend, schloß sich schwer an. Zuerst stellten sich merkbare Beschwerden gelegentlich des Referendarexamens 1894 ein, infolge Überarbeitung. Er hatte auch viel geraucht. Das juristische Studium hatte er stets mehr aus Pflichttreue als aus Interesse an der Sache getrieben, sich viel mehr für Literatur interessiert. Bei den schriftlichen Arbeiten zum Referendarexamen fühlte er eine Ohnmacht nahen, gab deshalb die Arbeit unvollendet ab; sie war übrigens trotzdem gut. Zur Erholung ging Patient in den Harz und gebrauchte eine Wasserkur. Verschlechternd auf sein Befinden wirkte dann die Aufregung über die Erkrankung der Schwester, die er selbst in die Anstalt brachte, und ferner eine Influenza, die sich seitdem im Winter

mehrmals wiederholt hat. Er litt nun öfter an Kopfschmerzen, Mattigkeit, Verstimmung. Das viele Protokollieren als Referendar griff ihn sehr an. Milde Wasserkuren brachten jedesmal Besserung. Weihnachten 1897 Assessorexamen. Von zwei schriftlichen Arbeiten bewältigte er die erste spielend leicht, die zweite aber nur unter Aufbietung der größten Energie, bestand jedoch das Examen gut. Er trat gleich als Gerichtsassessor ein und war dann 3 Jahre lang in angestrengter Tätigkeit. Das häufige Wechseln des Wohnorts wirkte ungünstig. Seit Herbst 1901 hatte Pat. eine ständige Stellung unter ihm zusagenden Verhältnissen, da fühlte er sich besser. Seit etwa 1900 war er zeitweise in nervenärztlicher Behandlung. Die Krankheitserscheinungen bestanden in Störungen des Magens, des Schlafes, Appetitlosigkeit und insbesondere in einer ausgeprägten Entschlußunfähigkeit. Der Zustand schwankte zwischen fast völliger Gesundheit und ausgeprägtem Krankheitsgefühl die ganzen Jahre hindurch. Anfang 1904 im Winter hatte er wieder Influenza, außerdem Aufregungen durch ein Liebesverhältnis mit einer Frau. Zu geschlechtlichem Verkehr kam es nicht, nur zu Küssen. Es war dies seine erste Liebe. Sexuellen Verkehr mit puellis hat er nur selten gehabt, und sich dann immer abgestoßen gefühlt. Pollutionen hat er nicht im Überflusse gehabt, masturbiert nur ganz vereinzelte Male. Er war überhaupt nicht sehr erotisch veranlagt. Im Jahre 1904 war er dann mehrfach in Sanatorien, hat aber zunächst noch seinen Dienst weiter verrichtet. Ende November 1904 schwere Influenza, war damals im Krankenhaus in B. Dort stellte sich zuerst die Idee ein, daß er heimlich vom Arzt Morphium bekomme. Er schloß das daraus, daß er plötzlich in einer Nacht gut schlief, nachdem abends der Arzt lange auf ihn eingeredet und seine Hand festgehalten hatte, wobei er ihm heimlich eine Einspritzung gemacht habe. Er litt damals an hochgradiger Schlaflosigkeit. Seitdem glaubt er ständig Morphium zu bekommen, welches ihm von verschiedenen Ärzten in Sanatorien, von seiner Wirtin und im Elternhaus gegeben würde. Trotz der gegenteiligen Versicherungen aller Beteiligten hielt er an dieser Idee fest. Wenn er sich wohler fühlte, glaubte er, er bekomme mehr Morphium, ging es ihm schlechter, so hielt er das für Abstinenzerscheinungen. Oft merkte er an einem eigentümlichen Gefühl von Kraft und guter Laune, daß er mehr Morphium bekomme. Auch fand er Morphiumkristalle im Essen, besonders im Kakao, und zwar sowohl in den Sanatorien wie im Elternhause und in Pensionen. Auch bestärkte ihn das Benehmen der Ärzte in seiner Annahme: sie hatten es zwar nie zugegeben, daß er Morphium bekommen habe, aber er habe es doch durch Andeutungen und indirekte Zugeständnisse herausgehört und ein Arzt sei, als er ihn zur Rede stellte, sehr verlegen geworden und habe sich verfärbt. Er nahm an, daß die Ärzte glaubten, er könne ohne Morphium nicht mehr aus-

kommen und eine Entziehungskur nicht aushalten. Während des Aufenthaltes in verschiedenen Sanatorien traten ganz vorübergehend und andeutungsweise andersartige Wahnideen auf (Wahrnehmung zweier Ärzte), z. B. die Idee, daß sich die Nahrung im Körper in flüssiges Fett umwandle. Er kam schließlich mit seiner Einwilligung in die hiesige Klinik.

Befund bei der Aufnahme. Körperlich: gracil gebauter, mäßig genährter blasser Mann mit neurasthenischem, müdem Gesichtsausdruck. Hirnnerven ohne Besonderheiten, innere Organe gesund, keine hysterischen Zeichen. Sehnenreflexe überall lebhaft. Psychisch: völlig ruhig und geordnet, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Urteilsfähigkeit nicht herabgesetzt. Er ist leicht ermüdbar, erzählt anfangs fließend seine Lebensgeschichte, ermüdet dann aber schnell und kann sich nur schwer besinnen, so daß die Aufnahme der Anamnese mehrmals unterbrochen werden muß. Er macht einen unentschlossenen, weichlichen, wehleidigen Eindruck.

Das einzige psychotische Symptom, welches sich nachweisen ließ, bestand in der erwähnten Wahnidee, daß er zum Morphinisten gemacht sei und noch fortwährend Morphium erhalte. Sinnestäuschungen konnten nicht nachgewiesen werden. Zwar verstopfte er sich gelegentlich die Ohren mit Watte, erklärte dies aber glaubhaft dadurch, daß er es wegen des störenden Lärmes tue. Er war dauernd fest überzeugt, daß er Morphium bekomme, glaubte, es werde ihm mit dem Essen verabfolgt, vertauschte deshalb öfter sein Essen mit dem anderer Patienten. Gelegentlich klagte er über Magenbeschwerden, Angstgefühl und Atemnot, öfter auch über Brummen und Summen in den Ohren. Er behauptete, sein Körper habe im Laufe der Zeit ein anderes Aussehen bekommen, er bekomme einen Ausschlag am Körper, verliere die Muskulatur, werde schwammig dick, der Bauch sei aufgetrieben (tatsächlich nahm er erheblich an Körpergewicht zu), sei ein Giftbauch. Anderseits komme zuweilen ein gewisses Kraftgefühl über ihn und sein Gedächtnis, das früher schlechter war, sei jetzt besser. Alles dies sowie das Verhalten der Ärzte und der Nachweis der Morphiumkristalle im Essen sei ein Beweis dafür, daß er dauernd Morphium bekomme. In einem Briefe vom 3. XI. 05 sagte er: „Die Überzeugung, daß ich zum Morphinisten gemacht bin, kann ich nicht aufgeben, da der Beweis ein absolut zwingender ist. Jedoch glaube ich, daß die mir bisher verabfolgte Dosis eine noch verhältnismäßig geringe ist und gebe mich der Hoffnung hin, daß eine Heilung noch möglich ist.“ Weiterhin verlangt er in dem Briefe seine Entlassung, da er den Aufenthalt und die Behandlung in der Klinik für unzweckmäßig halte. Eine wesentliche Änderung des Zustandes trat während des Klinikaufenthaltes nicht ein, er war nicht zu irgendeiner Beschäftigung zu bewegen, strebte sehr fort, bat, man möchte ihm doch die Dosis sagen, die er noch bekomme,

damit er Gewißheit habe und eventuell hoffen könnte, durch eine Entziehungskur geheilt zu werden. Die Stimmungslage war sehr schwankend, meist jedoch depressiv. Er klagte viel über Schlaflosigkeit, obwohl er leidlich schlief, auch an Gewicht erheblich zunahm. Er beschäftigte sich fortwährend mit seiner Wahnidee der Morphiumvergiftung, die sein ganzes Fühlen und Denken dauernd beherrschte, so daß er für andere Dinge keinerlei Interesse aufbrachte. Als er schließlich seinem wiederholten Wunsche entsprechend in eine Privatanstalt entlassen werden sollte, konnte er sich nicht entschließen, suchte fortwährend Ausflüchte, um in der Klinik zu verbleiben.

Am 1. VII. 05 wurde er als ungeheilt in die Privatanstalt Erdmannshain entlassen. Aus der dortigen Krankengeschichte ist noch folgendes zu entnehmen: Bei der Aufnahme brachte er in derselben Weise wie in Halle seine Wahnidee vor und fügte noch hinzu, er sei in der Klinik auf Paralyse untersucht und beobachtet worden, das habe er aus verschiedenen Äußerungen schließen können. Zum Beweise für die Richtigkeit seiner Idee führt er noch an, daß er in Halle öfter seinem Wärter das für ihn bestimmte Essen gegeben habe, worauf sich die Morphiumwirkung zeigte, indem der Wärter auf dem Sofa fest eingeschlafen sei. Ferner hatten in einem Sanatorium öfter auch andere Gäste von seiner Milch getrunken, auch die Frau des Arztes, auch da habe er die Wirkung gesehen, die Frau des Arztes habe auch einmal Erbrechen danach bekommen. Auf die gegenteiligen Versicherungen des Arztes lächelte er ungläubig, sagte, er w i s s e es eben. Starke Gegenbeweise (Attest aus Halle, Briefe des Vaters) machten zwar im ersten Augenblick Eindruck, bald aber erklärte er alles wieder für „verabredetes Lügengewebe, pia fraus“. Der Zustand änderte sich zunächst nicht, er war immer mißtrauisch, oft sehr verstimmt, sehr mutlos, klagte viel, besonders über Schlaflosigkeit und Ohrensausen. Seine Gedanken und Reden betrafen immer dasselbe Thema der Morphiumvergiftung, er betonte häufig, daß er fühle, er sei ein ganz anderer geworden, seine Konstitution sei verändert usw. Am 18. I. 06 las er seine Krankengeschichte durch und erklärte sich darauf für überzeugt, daß er kein Morphium erhalte und daß es eine Wahnidee sei.

23. I. Die Krankheitseinsicht bleibt bestehen. Über die Vergangenheit ist er noch nicht recht klar, scheint aber wenigstens zu zweifeln. Schlaf noch schlecht, viel Sausen im rechten Ohr. Otologisch kein Befund.

28. I. Krankheitseinsicht. Klagt über den Magen. Sonst mutige Stimmung, will am 1. IV. wieder in Tätigkeit treten, will möglichst bald zur Nachkur nach Harzburg.

Bemerkenswert ist, daß Pat. nach Monaten zum ersten Male wieder eine Pollution hatte.

11. II. Als erheblich gebessert entlassen. Schlaf noch schlecht.

Viel Ohrengeräusche, meist rechts, aber auch etwas links. Tuben durchgängig. Die Idee kommt nicht wieder, auch keine Zweifel. Pat. glaubt nur, daß er zuerst in B. eine Morphiuminjektion erhalten habe, vielleicht in H. noch einmal. Außerdem meint er, daß er auch heute noch, wenn ihm als Jurist der Fall vorläge, nach den Indizien urteilen würde, er habe Morphium erhalten, wenn nicht dann die Eide der betreffenden Ärzte dagegen sprächen. Pat. ist zum Schluß ganz dankbar, fühlt sich durchaus fest, nur in bezug auf Leistungsfähigkeit noch unsicher.

Am 1. VII. 1906 richtete B. an die Nervenklinik ein längeres Schreiben, in welchem er mitteilte, daß sein Leiden völlig beseitigt sei, seitdem er sich durch Einsicht der über ihn in Erdmannshain geführten Krankengeschichte davon überzeugt habe, daß seine Annahme unbegründet und nur durch ein Zusammentreffen zahlreicher unglücklicher Zufälle, sowie durch die ungeschickte ärztliche Behandlung vor der Aufnahme in der Klinik entstanden war. Er sei seit Mitte März 1906 wieder als Gerichtsassessor im Staatsdienst beschäftigt und jetzt mit der Vertretung des erkrankten Richters am Amtsgericht beauftragt. Obwohl er somit bewiesen habe, daß er wieder völlig arbeitsfähig sei, obwohl er selbst überzeugt sei, daß er seine volle Gesundheit wieder erlangt habe, sei er bei einer zum 1. VII. erfolgten Neuanstellung von vier Richtern übergangen worden. Er vermute, daß dies geschehen sei, weil das Justizministerium in der Annahme, er sei geisteskrank gewesen, noch an seiner völligen geistigen Gesundheit zweifle. Er bitte deshalb um ein Attest, mit dem er das Ministerium überzeugen könne.

B. ist bis jetzt gesund geblieben und seit Jahren Amtsrichter.

Hier trat bei einem aus belasteter Familie stammenden, neurasthenischen, oder besser endogen nervösen (C r a m e r), 35 jährigen bis dahin psychisch gesunden Manne nach einer Influenza die ganz zirkumskripte Wahnidee, daß er zum Morphinisten gemacht sei, auf, nahm sein ganzes Fühlen und Denken ein und blieb über ein Jahr lang fast unverändert bestehen. Eine wesentliche Weiterbildung des Wahnsystems fand nicht statt. Bemerkenswert ist der plötzliche Beginn der Erkrankung und die ebenso plötzliche Genesung nach über einjähriger Dauer. Über derartige heilbare paranoische Psychosen bei endogen Nervösen ist wenig bekannt; sie sind jedenfalls äußerst selten. Ob überhaupt der endogenen Nervosität in solchen Fällen irgendwelche Bedeutung zukommt, ist zweifelhaft und wenn man die extreme Seltenheit solcher Erkrankungen der enormen Häufigkeit der Nervosität gegenüberstellt, muß ein ursächlicher Zusammenhang gänzlich unwahrscheinlich erscheinen, nur eine ganz allgemeine Disposition

zu psychischer Erkrankung könnte aus der nervösen Disposition geschlossen werden und das auch nur unter Berücksichtigung der erblichen Belastung. Fällt somit hier die nervöse Disposition als ursächlicher Faktor nicht ins Gewicht, so haben wir nichts, was für die Entstehung dieser paranoiden Psychose verantwortlich gemacht werden könnte. (Die Influenza kommt nicht ernstlich in Betracht, zumal der Patient wiederholt daran gelitten hatte, ohne daß irgendwelche psychische Störungen auftraten.) Daß es sich nicht um eine Äußerung einer Schizophrenie oder um eine Phase des manisch-melancholischen Irreseins gehandelt hat, geht aus der Krankengeschichte deutlich hervor. Dagegen kann man vielleicht zweifeln, ob man den psychotischen Zustand einen paranoischen nennen darf. Da aber die Wahnbildung durchaus im Vordergrunde der psychotischen Erscheinungen steht, und dauernd das ganze Krankheitsbild beherrscht, ist es am naheliegendsten, den Zustand als paranoischen anzusprechen, zumal sich die Erkrankung, ohne den Tatsachen Gewalt anzutun, kaum anders unterbringen läßt. Wenn man hier die Grundursache der akuten Psychose in einer paranoiden Veranlagung sucht, so kann das angesichts des Mangels von nachweisbaren paranoischen Charakterzügen in der vor- und nachpsychotischen Zeit nur eine hypothetische Vermutung sein, die eine ganz latente, der Beobachtung nicht zugängliche paranoide Artung voraussetzte.

Der folgende Fall stellt einen ganz kurzen, milden paranoiden Zustand dar:

14. K., Friedrich, 43 Jahre, Gärtnereiarbeiter aus Gosek. In der Klinik vom 11. VI. 03 bis 23. VI. 03.

Anamnese: Heredität ohne Besonderheiten. Keine früheren Krankheiten. Potus und Lues negiert.

Die jetzige Krankheit begann 8 Tage vor Pfingsten im Anschluß an einen Ärger. Er wurde unruhig, reizbar. Alles hatte bei ihm seine besondere Bedeutung: wenn etwas am Boden lag, wenn er etwas hörte, wenn jemand kam, glaubte er immer, es habe eine besondere Beziehung zu ihm. Dabei immer ängstliches Wesen. Angeblich habe er auch Stimmen gehört, nachts wenig geschlafen; anfänglich sei er mehr erregt gewesen, jetzt sei er ruhiger.

Befund bei der Aufnahme: Körperbefund ohne Besonderheiten. Pat. zeigt einen indifferenten Gesichtsausdruck bei ebensolcher Stimmung. Er ist ruhig, geordnet, unterhält sich mit anderen Patienten. Er antwortet sinngemäß, ist komponiert, orientiert, gröbere Intelligenzfehler treten nicht hervor. Merkfähigkeit nicht reduziert.

Schulkenntnisse seinem Bildungsgrade entsprechend. Er kommt mit seiner Einwilligung her, weiß, daß seine Wahrnehmungen krankhafter Natur sein müssen. Vor 3 Wochen sei ihm schon einmal ähnliches wie jetzt aufgefallen. Diesmal sei der Zustand bei einem Ärger aufgetreten. Es handelt sich um einen Kaufakt, bei dem er zuviel zahlen sollte; es hatte sich schließlich herausgestellt, daß er im Recht sei. Es sei ihm alles so sonderbar vorgekommen; die Menschen sähen ihn so mißtrauisch an, machten Bemerkungen, die er nicht verstanden habe; dann hatte er den Eindruck, als ob nichts mehr auf seinem Felde gedeihen würde; er glaubt, daran sei der Ortsrichter schuld. Er warf ihm deshalb eine tote Katze in einen seiner Kornacker; er hat sie mit der Hand erwürgt. Nachher meinte er, daß die tote Katze bald in seinem Zimmer, bald in der Kommode, bald im Ofen rumore. Dann war es ihm, als ob er aus dem Ticken der Uhr, aus dem Krähen des Hahnes allerlei höre, auch seine eigenen Gedanken. Zeitweise hört er die Stimme des Ortsrichters, die immer sagt, was er im Moment vor hat, „jetzt macht er das, jetzt macht er das usw.“. Wieso das komme, weiß er nicht. Aber das wäre nur Wahn in seinem Kopfe. In diesen Tagen sei es schon weniger geworden; hier habe er noch nichts Ähnliches bemerkt.

13. VI. Hat hier keine ähnlichen Wahrnehmungen gemacht, bleibt dabei, daß alles nur krankhafter Natur gewesen sein müsse. Völlig geordnet, komponiert. Klagt über Verstopfung und Magendruck. Zuweilen Kopfweh, Zunge ohne Belag, Appetit gut.

15. VI. Dauernd geordnet, fleißig, hilft im Garten, hat völlige Krankheitseinsicht.

23. VI. Dauernd geordnet, fleißig und freundlich, völlige Krankheitseinsicht. Auf seinen Wunsch heute geheilt (frei von psychotischen Erscheinungen) entlassen.

Auch hier läßt sich, abgesehen von dem Ärger, dem aber nur eine auslösende Rolle zukommt, keinerlei Ätiologie nachweisen. Alkoholismus lag sicher nicht vor. Es trat dauernde völlige Heilung ein.

In den beiden folgenden Fällen kann vielleicht dem Präsenium oder der Involution eine ursächliche Bedeutung beigeleget werden.

15. F. Friedrich, 50 Jahre, Weber aus Heudeber. In der Klinik vom 14. IV. bis 5. V. 04.

Anamnese: Keine Heredität. Er selbst hat als einjähriges Kind eine schwere Erkrankung durchgemacht, ist sonst aber nie ernstlich krank gewesen. Seit mehreren Jahren habe er über Kreuzschmerzen geklagt, sei aber geistig immer normal gewesen, nur seit ein paar Jahren etwas vergeßlich. Die jetzige Krankheit sei vor 7 Tagen ganz plötzlich ausgebrochen. Er begann von Verfolgern zu sprechen, von

Amerikanern, die immer auf ihn loskamen, ihn an den Beinen und am Kopfe gehabt hätten, die immer zu ihm gesprochen, auf ihn geschimpft hätten; er habe sie auch vor sich gesehen und habe ein Gewehr genommen, um auf sie zu schießen. Auch habe er immer Schwefel gerochen und in der Medizin Gift vermutet. Nachts war er unruhig, ängstlich, wollte aus dem Fenster. Gestern war er besonders aufgeregt. Er war dabei immer völlig orientiert.

Bei der Aufnahme zeigte er ein komponiertes Verhalten. Auf die Frage, wo es ihm fehle, meinte er, er leide immer so an Reißen und Stechen in der linken Seite. Seine Personalien gibt er richtig an. Das Datum weiß er nicht genau anzugeben, sagt, es sei April 1904, entschuldigt sich damit, daß, wenn man 14 Tage nicht geschlafen habe und so etwas ausgestanden habe, man das nicht so genau wissen könne. Örtlich ist er völlig orientiert. Er beurteilt seine Umgebung richtig. Seit einem Vierteljahr merke er, daß er oft, bald in der Brust, bald im Nacken und am Kopfe elektrische Schläge bekomme. Gesehen habe er niemand dabei, aber die Elektrizität und der Magnetismus reichten ja sehr weit, er sei hypnotisiert worden, er merke das an den magnetischen Schlägen etwa seit 6 bis 8 Wochen, auch schon früher, aber er habe es da noch nicht so gewußt und verstanden. Er habe nun seit etwa acht Wochen Stimmen gehört, erst seien es so Quasseleien gewesen wie: „kommst du nicht wieder, stechen wir dich tot usw.“. Er habe dann auch Ziehen, bald hier, bald dort, an seinem Körper gefühlt: „Die renken einen ja ganz aus, Herr Doktor.“ Die Stimmen habe er bald im Rücken, bald in der Brust, auch in den Beinen gehört. Er habe einmal in der Zeitung von einem Bauchredner, einem amerikanischen Professor gelesen, er wisse nun nicht, ob der das sei, der das macht, oder ob das Leute aus einer Truppe seien, die bei ihnen gewesen wären. Er habe auch öfter Schwefelgeruch verspürt, einmal habe er es auf dem Felde vor lauter Schwefel gar nicht aushalten können. Gesehen habe er nie jemanden, die seien immer unsichtbar, hier und da habe er nachts so ein Gesicht gesehen. Warum das alles geschehen sei, weiß er sich nicht zu erklären, es sei aber in den letzten 14 Tagen nicht mehr zum Aushalten gewesen. Potus wird entschieden in Abrede gestellt.

Körperbefund: Sieht etwas vorzeitig gealtert aus. Leichte Arteriosklerose der peripheren Gefäße. Innere Organe ohne Besonderheiten. Nervensystem ohne Besonderheiten.

18. IV. Hat nur am Tage seiner Aufnahme noch einige elektrische Schläge gespürt, sagte: „Herr Dr., eben jetzt, merken Sie es denn nicht?“ Sonst keine Halluzinationen. Weiß nicht, ob er dem amerikanischen Professor oder dem Bauchredner die Schuld geben soll. Merkfähigkeit nicht herabgesetzt. Auffallend ist nur noch eine gewisse Euphorie, die Pat. ständig zur Schau trägt. Nach dem Grunde gefragt, meint er, er lache, weil der Doktor selbst lache.

24. IV. Liegt ruhig im Bett, verhält sich geordnet und verständig. Keine Halluzinationen mehr, auch keine Wahnideen.

2. V. Völlig korrektes Verhalten. Nach seinem früheren Zustande gefragt, meint er, er wisse gar nicht, wie das gewesen sei, er könne sich gar keinen Begriff davon machen, wie das eigentlich war. Er sei krank gewesen. Über die Stimmen denke er, daß das seine eigene Stimme gewesen sei, über die elektrischen und magnetischen Schläge meint er, er habe sie deutlich gefühlt, das könne doch keine Einbildung sein, oder die Einbildung müsse so stark gewesen sein, daß er das richtig gefühlt hätte. Das sei krankhaft, denn in Wirklichkeit habe er es nicht gefühlt. Krankheitseinsicht dauernd. Keine psychotischen Symptome. Wird geheilt entlassen.

Dieser Fall, der symptomatologisch sehr einer akuten Halluzinose ähnelt, bei dem aber Alkoholismus nicht in Betracht kommt, könnte auch zu den präsenilen Erkrankungen gerechnet werden, da außer dem Involutionsalter und der Arteriosklerose keine andere Ursache eruiert werden konnte. Er würde dann ein Beispiel dafür sein, daß auch akute, halluzinoseähnliche Erkrankungen ohne Alkoholismus im Präsenium vorkommen, die in völlige Heilung ausgehen.

16. Sch., Johanne, 48 Jahre alt, Buchdruckersfrau aus Halle. In der Klinik vom 29. VII. bis 20. VIII. 04.

Anamnese: Keine Heredität. Keine früheren Erkrankungen. Sie wird nachts von der Polizei zugeführt, weil sie zu Hause gelärmt und ihren kranken Mann tätlich angegriffen hatte. Nach Angabe einer Tochter ist sie schon von jeher eine reizbare Frau gewesen, die mit ihrem Manne, ihren Kindern und den Nachbarn oft Streit hatte. In letzter Zeit Eifersuchtsideen, glaubte, ihr Mann hielte es mit einer Nachbarsfrau. Pat. ist seit langem schwerhörig, leidet offenbar sehr darunter; sie fühlte, daß sie es in mancher Beziehung mit ihrer Rivalin nicht aufnehmen könnte. Besonders jetzt während der Krankheit ihres Mannes fühlte sie ihre Unzulänglichkeit recht, indem sie die Pflege nicht gut leiten konnte; die Frau N. hatte einen Krankenpflegekurs gehabt und machte alles besser. Ihre Kinder äßen auch viel lieber bei der Frau N. als bei der Mutter, dort war immer alles besser. In den letzten Tagen machte sich das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, der Zurücksetzung und der Eifersucht in Schimpfereien Luft. In der letzten Nacht drohte sie ihrem schwerkranken Manne die Lampe an den Kopf zu werfen, schrie und tobte.

Nach der Einlieferung in die Klinik schlief Pat. während des Restes der Nacht gut. Am anderen Morgen erzählte sie, die häuslichen Vorgänge ungefähr übereinstimmend mit den Angaben der Tochter. Die Frage, ob sie sehr reizbar sei, bejahte sie, sagte aber, das sei nicht zu

verwundern, alle Schwerhörigen seien reizbar. Weist alle Schuld von sich; ihr Mann und die Frau N. seien an allem schuld. Mit ihrem Manne hätte sie überhaupt schon oft Streit gehabt, der verleihe sein Geld zu leichtsinnig. Die Frau N. habe sich die Krankenpflege angemaßt, habe ihre Kinder an sich gezogen. Sie sei sich schließlich ganz überflüssig vorgekommen und habe sich maßlos über die Frau N. geärgert. Den direkten Vorwurf der ehelichen Untreue mache sie ihrem Manne nicht, sie halte es aber nicht für unmöglich. Keine Halluzinationen. Außer den Eifersuchtsvorstellungen keine weiteren Beziehungsideen. Sie verhält sich völlig ruhig und geordnet. Körperbefund ohne Besonderheiten.

15. VIII. Bisher stets geordnet und ohne Auffälligkeiten. Zuweilen verkehrte Auffassungen infolge ihrer Schwerhörigkeit. Wenn man auf ihre häuslichen Verhältnisse zu sprechen kommt, gerät sie in Affekt. Beim Besuch ihrer Kinder ist sie freundlich zu ihnen. Sie will sich zusammennehmen, damit nichts wieder vorkommt. An ihren Eifersuchtsideen hält sie fest und weist jede Schuld an den häuslichen Streitigkeiten energisch von sich, höchstens gibt sie zu, daß sie etwas reizbar sei. Wird gebessert entlassen. Ist nachher völlig gesund geworden und nicht wieder psychotisch erkrankt.

Hier kommt außer dem Präsenium noch die Schwerhörigkeit in Betracht. Bekanntlich beobachtet man oft bei Schwerhörigen und Tauben als dauernde Charaktereigentümlichkeit eine gewisse Neigung zu Mißtrauen und zu wahnhafter Auffassung der Vorgänge in ihrer Umgebung. Es hängt das ganz offenbar mit ihrem körperlichen Leiden zusammen, und speziell das Mißtrauen ist im allgemeinen durchaus berechtigt, wenigstens hinsichtlich der mündlichen Äußerungen der sie umgebenden Personen, die im Vertrauen darauf, daß sie nicht verstanden werden, gelegentlich auch in Gegenwart der betreffenden Schwerhörigen und Tauben abfällige Bemerkungen über sie machen. Die Schwerhörigkeit oder Taubheit ist aber keineswegs die Ursache dieser paranoischen Erkrankungen, sie stellt nur ein den Ausbruch derartiger Psychosen begünstigendes äußeres Moment dar, bedingt gewissermaßen nur eine geeignete Situation, ähnlich wie die Haft bei den paranoischen Gefängnispsychosen. Die wesentlichste Ätiologie muß auch hier wieder in einer latenten paranoischen Artung gesucht werden. Denn die große Mehrzahl der Schwerhörigen und Tauben erkranken während des ganzen Lebens nicht paranoisch, und trotz vielfacher Enttäuschungen und trübster Erfahrungen entwickelt sich bei den meisten eben nur allmählich ein berech-

tigtes Mißtrauen, aber keine paranoische Denk- oder Gefühlsrichtung.

Daß auch ohne Schwerhörigkeit und vor dem Involutionsalter ganz ähnliche akute paranoische Psychosen speziell mit Eifersuchtswahn vorkommen, zeigt der nächste Fall.

17. W., Lina, 39 Jahre alt, Arbeitersfrau aus Halle. In der Klinik vom 1. XII. bis 30. XII. 1905.

Anamnese: Von Heredität und früheren Krankheiten ist nichts bekannt. Seit dem 20. XI. war sie in frauenärztlicher Behandlung wegen Retroflexio uteri fixata. Sie machte damals auf den Frauenarzt einen hysterischen Eindruck. Nach Angabe des Mannes wurde sie 3 Tage vor der Aufnahme plötzlich ohne Ursache erregt, marschierte wie die Soldaten, weinte viel, schimpfte viel, schlief nicht, beschuldigte ihren Mann entwürdigender sexueller Zumutungen, behauptete, er behandele sie schlecht, weil sie kinderlos sei. Sie hielt Wagenrollen für Donner. Der Mann gab ferner an, sie sei schon früher eifersüchtig gewesen, und zwar nicht ohne Grund. Potus wird dagegen entschieden bestritten.

Bei der Aufnahme ist sie völlig komponiert und orientiert; die Stimmung ist eher heiter, sie sei nicht krank, leide nur an Schlaflosigkeit, deshalb sei sie hierher gebracht. Über die Vorgeschichte gibt sie noch an: sie sei zum ersten Male mit 21 Jahren verheiratet gewesen. Vor der Ehe habe sie zweimal geboren, beide Kinder seien bald gestorben. In der Ehe ein Kind, welches im ersten Lebensjahre starb; keine Fehlgeburt. War als Amme in Stellung, wo sie viel Bier trinken mußte, was sie nicht habe vertragen können. Seitdem habe sie höchstens gelegentlich mal eine Flasche Bier getrunken. Der erste Mann sei ein starker Trinker gewesen, sie habe nur 4 Wochen mit ihm zusammen gelebt, er habe zu große sexuelle Anforderungen an sie gestellt, so daß sie es nicht mit ihm ausgehalten habe, der Mann sei später verunglückt. Seit 8 Jahren zweite Ehe, der Mann sei ordentlich, aber er mache ihr Vorwürfe, weil sie keine Kinder von ihm bekomme. Auf die Frage, warum sie so auf ihren Mann schimpfe, antwortete sie, er habe sie belogen, habe sie betrogen und er wisse nicht was Liebe sei, sie habe aus Liebe geheiratet und nicht wegen solcher Sachen. Er gebrauche so eklige Worte. Kaum sei sie aus dem Diakonissenhause, wo sie wegen Blutung ausgekratzt wurde, nach Hause gekommen, da . . . ist nicht zum Weitererzählen zu bewegen — „man schämt sich so“. Angst, Beziehungsideen, Selbstvorwürfe werden geleugnet, dagegen gibt sie Stimmen zu. „Es war heute nacht ein Apparat im Ofen, nicht wahr, Herr Doktor?“ Aus demselben kamen unanständige Worte. Wer den Apparat aufgestellt habe, wisse sie nicht. Auch Donner und Blitz habe es diese Nacht gegeben. Sensationen an den Genitalien werden zugegeben, doch äußert sie sich nicht näher darüber. Sie habe auch ein Wimmern

gehört, wie wenn ein Kind geboren wird, sie habe dann selbst mit gewimmert. Erst seit einigen Tagen höre sie Stimmen. Sie äußert Eifersuchtsideen gegen ihren Mann, er treibe es besonders mit einer Frau am Unterberg, Beweise habe sie allerdings nicht. Auch während der Exploration scheint sie zu halluzinieren, sie sagt plötzlich, durch den Apparat seien ihr eben die Hände in die Höhe gehoben worden. Sensationen im Leibe: es gehe so herauf und herunter. Es habe nachts, wenn das Wasser wegging, so gestunken, da habe es sie geekelt. Ein Arzt hätte ihr gesagt, sie solle die Ohren spitzen und die Augen öffnen, damit habe er eine Anspielung auf ihren Mann gemacht.

4. XII. Wechselndes Verhalten. Bald heiter, bald sehnsüchtig zu ihrem Mann verlangend und sein gutes Herz rühmend, bald auf ihn schimpfend, bald ihr Elend bejammernd. Begriffliches Unterscheidungsvermögen schlecht. Fällt dem Arzt bei der Intelligenzprüfung oft ins Wort: „Jetzt ist der Apparat wieder da, da sind die Gedanken wieder weg.“ Ist schwer dauernd zu fixieren. Äußert häufig Beziehungsideen, „was die Frau macht, das gilt doch alles mir“. Spricht häufig vom Apparat, dessen Wirksamkeit sich gelegentlich durch Chloroformgeruch verrät, sie hört durch denselben alle möglichen ekligen Worte, auch würden durch ihn gelegentlich Sensationen in ihren Genitalien hervorgerufen oder die Arme in die Höhe gezogen. Sagt plötzlich ganz unmotiviert mit weinerlicher Stimme: „ich bin immer ordentlich gewesen, ich habe immer meine Zeit ausgenutzt, Fehler macht ein jeder. Keiner kümmert sich um mich. Ich bin nicht verrückt. Ich habe so schönen Stuhlgang gehabt heute. Ich will bei mein Mutterchen. Ich will mein Herz ausschütten. Ich bin nicht krank. Ich bin so munter“. Sagt das mit kindlich schmollender Stimme laut vor sich hin.

Schon vom 6. XII. an keine Halluzinationen mehr, keine Wahnideen. Bezeichnet die früheren Ideen als Dummheiten. Hat völlige Krankheitseinsicht. Am 8. XII. Eintreten der Menstruation.

Bleibt dauernd völlig ruhig und einsichtig, frei von psychotischen Symptomen. Auch beim Besuch ihres Mannes bleibt sie ganz ruhig in völlig affektivem Gleichgewicht. Hält eine Verlängerung ihres Kliniksaufenthaltes für zweckmäßig. Als Ursache ihrer Erkrankung gibt sie an, daß sie sich sehr aufgeregt habe über den Ausspruch des Arztes, daß sie operiert werden müsse, was ihr Mann nicht gewollt habe. Dazu komme, daß in ihrer Ehe ihre Kinderlosigkeit eine ständige Streitursache sei, da ihr Mann ihr deshalb immer Vorwürfe gemacht habe. Psychotische Erscheinungen sind nicht wieder aufgetreten.

Hier kommt wohl sicher den schädigenden psychischen Einflüssen eine erhebliche Bedeutung zu. Die Furcht vor dauernder Kinderlosigkeit, die infolgedessen unglückliche Ehe, die Untreue des Mannes haben schließlich, als das klimakterische Alter in be-

denkliche Nähe gerückt war, zu einer einmaligen, eine psychotische Höhe erreichenden Manifestation der paranoiden Veranlagung geführt, die vielleicht auch mit einer gewissen hysterischen Komponente komponiert war. Bei solchen Personen und in derartiger Situation erscheint eine gelegentliche Wiederholung der gleichen Psychose ohne weiteres verständlich, besonders im späteren Alter, wenn noch die Schädigungen der Involution hinzukommen. Diese Frau ist bisher gesund geblieben, d. h. es ist nicht zu einer neuen wirklich psychotischen Exacerbation ihres Grundcharakters gekommen.

Schließlich sei noch eine Beobachtung mitgeteilt, bei der anfangs ein gewisser Erregungs- und Verwirrtheitszustand bestand.

18. K., Wilhelm, 40 Jahre alt, Landwirt und Maurer aus Trebitz. In der Klinik vom 16. X. bis 18. XI. 1890 und dann wieder vom 25. IV. bis 11. V 1904.

Anamnese: Von Heredität ist nichts bekannt. Ein Bruder soll vor einem Jahre nervenleidend gewesen sein, ist zu Hause wieder gesund geworden. Erst vor zwei Tagen hat die Frau gemerkt, daß er krank war, er redete irre. Bis gestern hat er gearbeitet und es ist keinerlei Klage über ihn laut geworden. Heute früh um zwei Uhr ging er zu einem Bekannten und sprach dort konfuses Zeug: ein Kind solle umgebracht werden, er müsse zum Kaiser, es sei ihm ein Licht aufgegangen, frug den Bekannten, ob er noch kein Arschloch gesehen hätte und dergleichen mehr. Auf der Fahrt hierher war er sehr aufgeregt, sprach zusammenhanglos, forderte jeden auf, sein Arschloch zu besehen. Auf dem Bahnhof wurde er rasend, schrie laut, schlug um sich, so daß ein großer Auflauf entstand, wodurch er noch aufgeregter wurde. (Kurz vor Ausbruch der Krankheit war er beim Bau einer Kirche in Dessau beschäftigt gewesen und es war damals viel davon die Rede, daß der Kaiser selbst zur Einweihung kommen werde.)

Bei der Aufnahme kommt Pat. mit hochrotem Gesicht und sehr erregtem, wildem Gesichtsausdruck unter lautem Gebrüll, aus dem man lediglich das Wort Arschloch heraushört, ins Zimmer. Bekleidet war er mit einem schwarzen schlotternden Rock, weit abstehender Binde und viel zu kurzen Hosen. Auf dem Kopfe balancierte ein vielfach eingetriebener Zylinder. Er verlangte fortwährend zum Kaiser gelassen zu werden und erging sich in höchst unflätigen Redensarten und Einladungen. Im Dauerbad beruhigte er sich einigermaßen und schlief darauf nachts einige Stunden. Gegen morgen wurde er wieder laut, verlangte nach dem Kaiser. Sagt, seine Gedanken sagen ihm, daß er sterben muß, er soll wahrscheinlich hingerichtet werden. Seine Frau habe ihm wegen eines Berliner Frauenzimmers Vorwürfe gemacht, er

ruft weinend aus: „Weib, was hast du mir getan.“ Wird dabei sehr aufgeregt, spuckt um sich, schlägt auf den Arzt los, fängt heftig an zu weinen. Tagsüber ist er ziemlich ruhig.

18. X. Er hat gut geschlafen, schläft auch tagsüber viel. Er macht einen deprimierten Eindruck, sieht sich verwundert um, fängt nach einigen Fragen, auf die er keine Antwort gibt, heftig zu weinen an, klagt über seine Frau: „Weib, was hast du mir getan?“

21. X. Er weiß heute, wo er sich befindet, glaubt, erst seit zwei Tagen hier zu sein. Er müsse viel geträumt haben, könne sich nicht recht besinnen. Er gibt an, seine Frau glaube an Hexerei, er jedoch nicht, seine Frau habe gesagt, die Kopsche (eine Frau aus dem Dorfe) wolle seinem Kinde Schaden zufügen, darüber sei er wohl in Wut geraten. Mit seinem Nachbar habe er einen Grenzstreit gehabt und sich darüber sehr geärgert, das könne auch zu seiner Krankheit beigetragen haben. Auf der Fahrt nach Halle schienen ihm die Felder, Bäume und Wiesen viel schöner und größer, in schönem, glänzendem Lichte, ebenso die Schaufenster der Stadt. Er habe Stimmen gehört, die ihn beschimpften, ihm Umgang mit Frauenzimmern vorwarfen. Sonstige Halluzinationen werden in Abrede gestellt. Er erinnert sich nicht an die Einzelheiten seiner Einlieferung und der ersten Tage seines Hierseins. Als Kind habe er zweimal ähnliche Anfälle gehabt, zuletzt im Alter von 9 Jahren. Ein Sohn von ihm im Alter von 7 Jahren habe bis vor 3 Jahren häufiger Anfälle von stundenlanger Aufgeregtheit gehabt, von denen er nachher nichts wußte. Er selbst hat früher angeblich alle 14 Tage an Schwindelanfällen gelitten. Krämpfe habe er nicht gehabt. Dauernd völlig ruhig und geordnet. Völlige Krankheitseinsicht. Hat große Sehnsucht nach Hause. Weint leicht, sagt, die Tränen säßen sehr locker bei ihm, das habe nichts zu bedeuten. Er will die Bestimmung über seine Entlassung ganz den Ärzten überlassen.

18. XI. Dauernd frei von psychotischen Erscheinungen, gänzlich unauffälliges Verhalten. Wird geheilt entlassen.

Zweite Aufnahme: 25. IV. bis 11. V. 1905.

Vier Tage vor der Aufnahme wurde er aufgeregt, blieb nicht im Bett, kroch mit angstvoller Miene unter das Bett, betete fortwährend. Er soll nach Angabe des Ortspfarrers ein ruhiger, stiller und mäßiger Mann sein, der nie irgendwie exzentrisch war; er sei ein recht intelligenter Mann. Seine Familie sei gesund, seine Kinder gut begabt. Er habe böse Nachbarn, die ihm Unrecht getan hätten, und er sei sehr empfindlich gegen Unrecht; es handelte sich besonders um Grenzstreitigkeiten.

Bei der Aufnahme ist er örtlich und zeitlich völlig orientiert, gibt über seine Familienverhältnisse und seinen früheren Aufenthalt in der Klinik klar Auskunft. Beim Betreten des Krankensaales gibt er einem Patienten ohne ersichtlichen Grund einen Schlag ins Gesicht, sagt

auf Vorhalt, der Patient habe ihm „Kaffer“ zugerufen. Zu Bette gebracht, ruft er mit lauter Stimme Bibelsprüche in den Saal. Gegen den Arzt zeigt er sich freundlich, als derselbe ihm eine kleine Wunde reinigen will, schreit er plötzlich: „Gift, Hilfe“, schlägt und speit nach dem Arzt, drückt das Gesicht ängstlich in die Kissen, läßt sich nur mit Mühe beruhigen. Körperlich ist außer einer Hypalgesie der linken Fußsohle, Arteriosklerose und Hypertrophie des linken Ventrikels nichts Abnormes nachzuweisen.

26. IV. Gibt klar und geordnet Auskunft, ist zeitlich und örtlich völlig orientiert. Er stellt Phoneme in Abrede. Dagegen hat er lauter Licht und Feuer gesehen, so daß er die Augen abwenden mußte. Er dachte dabei an die göttliche Herrlichkeit, weil er so fest in dem Herrn war, weil er auf Gott seine Sachen gegründet hatte. „Ich habe Gottes Wege schon von Kindheit auf geführt, sie waren wahrnehmbar an mir. Ich habe gefragt und Gott hat geantwortet: „Steh auf und gehe zum Pastor. Wenn er nicht kommt, dann schlage ihn, ich werde ihn auch schlagen.“ Er habe sich so gehoben dabei gefühlt. Gott habe ihm manchmal die Worte eingegeben, „Wenn ich nicht wußte, wo aus und ein, frug ich Gott und dann wußte ich alles.“ Wegen der Grenzstreitigkeiten mit seinem Nachbar sei er in Angst gewesen.

27. IV. Springt plötzlich auf, schlägt eine Scheibe ein, reibt mit dem Handgelenk gegen die Glasscherben, so daß er sich eine Sehne vollkommen durchtrennt. Fragt den Arzt, warum einer der Kranken immer gewisse Fingerbewegungen mache, das beziehe sich auf ihn. Es sei ihm auch, als ob ihn derselbe „Kaffer“ rufe. Als Motiv seiner Aufregung am Morgen gibt er an, Gottes Stimme habe gerufen: „Steh auf.“ Er erzählt geläufig aus seinem Leben, verfällt aber dazwischen immer wieder in Weinen und Jammern. Er spricht Todesgedanken aus und meinte, seine Knochen würden ihn nicht mehr lange tragen. Essen will er nur Brot, das ihm seine Mutter schickt, alles andere schmecke ihm nicht. Das Brot hier wolle nicht rutschen.

28. IV. Trotz Schlafmittel die ganze Nacht unruhig, hat furchtbar geschrien, macht einen ängstlichen Eindruck, gibt Angstgefühl zu, weitere Antworten sind nicht zu erhalten.

29. IV. Weint und jammert oft plötzlich unmotiviert. Macht gelegentlich strampelnde Bewegungen mit den Beinen.

4. V. Hat sich vollkommen beruhigt. Die göttliche Stimme habe er nur in sich gehört. Oft habe er gar nicht gewußt, wie ihm sei. Hat Krankheitseinsicht.

11. V. Er hat sich seither vollkommen ruhig verhalten. Ist durchaus orientiert und hat volle Krankheitseinsicht.

Dieser Mann, der als Kind zwei Aufregungszustände gehabt hat, über die nichts Genaueres bekannt ist, war psychisch völlig

unauffällig bis zu seinem 26. Lebensjahre, wo er ohne Vorboten einen Aufregungszustand mit Wahnideen ängstlichen Inhaltes erkrankte, der nach 4 Wochen völlig heilte. Im 40. Lebensjahre im Anschluß an Ärger über Grenzstreitigkeiten erneute Aufgeregtheit mit beschimpfenden Phonimen, Beziehungsideen und Wahnideen religiösen Inhaltes. Schon nach 10 Tagen Krankheitseinsicht und Heilung.

Es ist schwierig, solche kurzdauernde psychotische Zustände in einer der bekannten psychischen Krankheitseinheiten unterzubringen. Die Anhänger des erweiterten manisch-melancholischen Irreseins werden derartige Kranke wohl ohne weiteres hierfür in Anspruch nehmen. Mir scheint aber bei beiden Erkrankungen der Halluzinosekomplex so sehr im Vordergrunde zu stehen, daß die Deutung dieser Psychose als ein rezidivierender akut paranoischer Zustand berechtigt erscheint.

Die letzten vier Krankheitsfälle habe ich hier mitgeteilt, weil sie die einzigen in meinem Material sind, die man eventuell als akute Paranoia im Sinne Thomsens auffassen könnte, das heißt, als akute paranoische Psychose, die früher völlig gesunde Personen ohne psychische Degeneration befallen und zu völliger Heilung führen. Aber einerseits entsprechen sie symptomatologisch doch nicht genau den Thomsenschen Fällen und anderseits sind es doch teils deutlich psychopathische Persönlichkeiten, so daß, wenn auch nichts Genaueres darüber bekannt ist, doch mit der Möglichkeit einer paranoischen Charakteranlage gerechnet werden muß, und teils spielen die Involution und sonstige ätiologische Faktoren eine Rolle. Daher können diese Fälle nicht als beweisend für die Thomsensche Paranoia acuta angesehen werden, womit nicht gesagt sein soll, daß solche Fälle vorkommen.

Überblicken wir nun noch einmal die vorstehenden Ausführungen, so ist zusammenfassend folgendes zu sagen: Es wurden diejenigen nicht chronischen paranoischen Zustände besprochen, die als selbständige psychische Erkrankungen — nicht als Phasen oder Zustandsbilder andersartiger Psychosen — auftreten. Dabei wurde in symptomatologischer Beziehung ein ziemlich weiter Spielraum gelassen, wenigstens in den symptomatologischen Einzelheiten, und diejenigen Psychosen als paranoisch angesprochen, bei denen Wahnideen das charakteristische Symptom waren.

Die Gruppierung erfolgte zunächst, soweit als möglich, nach ätiologischen Gesichtspunkten, wobei sich zeigte, daß die Bewer-

tung der verschiedenen in Betracht kommenden ätiologischen Momente sehr zweifelhaft und unsicher ist, und daß in den meisten Fällen eine einheitliche Ätiologie nicht nachzuweisen ist, sondern mehrere ätiologische Faktoren eine Rolle spielen.

Bei dieser Gruppierung ergab sich, daß von den exogenen Giften nur dem Alkohol eine größere ätiologische Bedeutung für die Entstehung akuter paranoischer Zustände zukommt, während bei sonstigen Vergiftungen nur ausnahmsweise akute paranoische Psychosen beobachtet werden; das Cocain scheint eine eigentümliche, angesichts des geringen und nicht eindeutigen kasuistischen Materials noch ungeklärte ätiologische Rolle zu spielen.

Auch bei inneren Erkrankungen (Infektionen, Allgemeinerkrankungen, organischen Krankheiten des Zentralnervensystems usw.) kommen akute paranoische Zustände nur ganz vereinzelt vor.

Dagegen beanspruchen das Rückbildungs- und Greisenalter wie überhaupt für paranoische Psychosen auch für die Entstehung der akuten Erkrankungen dieser Art eine wesentliche Bedeutung.

Aber alle diese erwähnten ätiologischen Faktoren sind nicht die eigentliche Grundursache der akuten paranoischen Psychosen, sondern es wurde versucht, wahrscheinlich zu machen, daß dieselbe in einer primären paranoischen Veranlagung des betreffenden Individuums zu suchen sei, einer latenten Veranlagung, die durch einen der erwähnten ätiologischen Faktoren manifest wird und nach dem Verschwinden der auslösenden Schädlichkeit wieder unter das Niveau des Psychotischen absinkt.

Viel deutlicher und ohne weiteres überzeugend kommt dieser ätiologische Zusammenhang zur Geltung bei den akuten paranoischen Psychosen der Degenerativen aller Art, die überhaupt das eigentliche Feld darstellen, auf dem die meisten vorübergehenden paranoischen Zustände erwachsen. Es wurde gezeigt, daß nicht eine allgemeine psychische Abartung genügt, um die Entstehung gerade der paranoischen Psychosen zu erklären, sondern daß eine spezielle paranoische psychopathische Konstitution das Auftreten dieser Psychosen bedingt, wie das neuerdings von mehreren Autoren für die chronischen paranoischen Erkrankungen behauptet worden ist (Kleists hypoparanoische Konstitution).

Schließlich wurde noch erwähnt, daß bei manchen Fällen sich kaum Anhaltspunkte für die Annahme einer paranoischen Veranlagung als Grundursache der Psychose nachweisen lassen, daß dies

aber vielleicht an der Schwierigkeit und zuweilen an der Unmöglichkeit liegt, über den vorpsychotischen Charakter der Patienten authentische Nachrichten zu erhalten; ganz besonders kommt dies in Betracht für die ganz latenten degenerativen Veranlagungen, die im gewöhnlichen Leben nur als Charaktereigentümlichkeiten in die Erscheinung treten.

Immerhin besteht aber die Möglichkeit — und einige Fälle Thomsens scheinen das zu beweisen —, daß akute paranoische Psychosen als selbständige Erkrankungen bei nicht paranoisch veranlagten, vorher psychisch ganz einwandfreien Personen in seltenen Fällen vorkommen.

A priori ist das gerade für akute paranoische Zustände verständlich, wenn wir bedenken, daß paranoische Denk- und Gefühlsäußerung an sich nichts dem normalen Gehirnmechanismus Fremdes ist, sondern eine Reaktionsform sonst normaler Gehirne darstellt, die durch exogene Schädigungen (Milieu, psychische Einwirkungen, Gifte?) ausgelöst werden kann. Dagegen ist eine chronische Paranoia wohl immer nur als eine ins Psychotische gesteigerte Entwicklung einer paranoischen Anlage — eventuell unter Beihilfe exogener oder autochthoner Schädigungen — denkbar.

Literaturverzeichnis.

Birnbaum: Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908, S. 637.

Derselbe: Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Halle 1908.

Bleuler: Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909, S. 77.

Derselbe: Die Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Handbuch d. Psych. v. Aschaffenburg. 4. Abteilung, I. Hälfte.

Bonhöffer: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.

Derselbe: Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle, Marhold, 1907.

Derselbe: Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. Wien 1910, Deutike.

Bornstein, M.: Über psychotische Zustände bei Degenerativen. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 7, S. 129, 1912.

Boumann: Psychosen bei Trunksüchtigen. Psych. en Neurol. Bladen 14, 18, 1910.

Bresowsky: Über die Beziehungen der Paranoia acuta hallucinatoria (Westphal) zur Amentia (Meynert). Monatsschrift f. Psych. u. Neur. 1912, Bd. 27 u. 28.

Claude et Lewi Valensi: Revue neurol. 1908, S. 1189.

Christiansen: Paranoiaens stilling in den moderne Psychiatrie. Tidiskrist for nordisk Retimedicum og Psychiatrie 1910, S. 22. (Nach Referat.)

Cramer: Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1895, S. 286.

De Clerambault, G.: Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique. Annales médico-psychologiques 67. 220, 365, 1909 und 68. 33, 192, 1910.

Drosin: Inaugural-Dissertation. Berlin 1907.

Deny et Blondel: Débilité mentale et délire d'interpretationes. Société de Psychiatrie, Séance du 21. octobre. Journ. de Psych. norm et pathol. 7. 50, 1910.

Döblin: Zur Wahnbildung im Senium. Arch. f. Psych. 46. 1043, 1910.

Etchepare: Folie familiale, délire d'interprétation antilogique communiqué entre sept personnes. Annales médico-psychol. 68. 5, 1910.

Fickler: Atropinwahnsinn bei einem Asthmatiker. Dtsch. med. Wochenschrift 36, S. 1033, 1910.

Fillassier: Des diverses formes de la paralyse générale suivant le degré de prédisposition du sujet (Soc. med. psychol. 25. Juli 1910). Annales médico-psychol. 68. 434, 1910.

Fraikin et Grenier de Cardenal: Un cas de psychose par dysthyroidie chez une goitreuse. La médicine pratique 18. Oct. 6 bis 8, 1910.

Friedmann, M.: Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. XVII, 1905.

Gadelius: Paranoia och paranoid stillstand. Tidiskrist for nordisk retimedicin og psychiatrie 1910, S. 42.

Gaupp: Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte in Heilbronn 1909. Neurol. Centralbl. 1909, S. 1310.

Gluck: A contribution to the study of psychogenesis in the psychoses. Amer. Journ. of Insanity 68, S. 371, 1912.

Heilbronner: Hysterie und Querulantenwahn. Centralbl. für Nervenheilk. u. Psych. 1907, S. 769.

Hitzig: Der Querulantenwahn.

Hoche: Einfache Seelenstörungen (Melancholie, Manie, Paranoia). Dtsch. med. Wochenschrift 1910, S. 2255.

Hollós: Epilepsie und Paranoia. Psych.-neurol. Sektion des Budapester Ärztevereins 1906. Neurol. Centralbl. 1908, S. 1189.

Hübner: Klinisches über Querulanten. Vortrag in Stuttgart 1911.

John, K.: Hypomanie und Querulantenwahn. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. 39. 58, 1910.

Kehrer, F.: Über Abstinenzpsychosen bei chron. Vergiftungen (Saturnismus, Paraldehydismus). Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. 3. 472, 1910.

Kern, O.: Über das Vorkommen des paranoischen Symptomenkomplexes bei progessiver Paralyse. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 4, 1910.

Derselbe: Über Symptomenkomplexe, besonders den paranoischen, und Hereditätsfragen in der Psychiatrie. Med. Korrespondenzbl. des württ. ärztl. Landesvereins 81, S. 235, 1911.

Kleist: Die Streitfrage der akuten Paranoia (Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins). Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1911, S. 366.

Derselbe: Über chronische, wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein (Vortrag in Kiel 1912).

Derselbe: Die Involutionsparanoia. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1913.

Kräpelin: Psychiatrie 1909.

Derselbe: Über paranoide Erkrankungen. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. 1912, S. 617.

Löwy, M.: Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. Centralbl. für Nervenheilk. u. Psych. 33, S. 81, 1910.

Derselbe: Subakute Raucherparanoia und einige andere Fälle von diffusem Beachtungswahn usw. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 5. 603, 1911.

Lückerath: Über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 17, S. 45, 1911.

Merklin: Bemerkungen zur Paranoiafrage. Neurol. Centralbl. 1909, S. 846.

Meyer: Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtswahns mit Bemerkungen zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych. Bd. 46, S. 847.

Meeus, F.: Epilepsie et délire chronique. Annal. med.-psychol. 1908, Nr. 3.

Magnan: Psychiatrische Vorlesungen, I. Heft. Deutsch von Möbius. 1911.

Moerchen, Fr.: Epileptoide und delirante Zustände bei kombiniertem

Morphium- und Isopralmißbrauch. Monatsschrift f. Psych. u. Neur. 28, S. 35, 1910.

Raimann, E.: Bewußtsein und Intoxikation. Wiener klin. Woch. 23. 800, 1910.

Redlich: Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen. Handbuch der Psychatrie v. Aschaffenburg, 3. Abteil., II. Hälfte.

Rehm, O.: Der depressive Wahnsinn. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 33, S. 41, 1910.

Rittershaus: Ein Fall von Alkoholhalluzinose (Alkoholwahnsinn) im Kindesalter. Zeitschrift zur Erforschung u. Behandlung des jugendl. Schwachsinns. 3. 476, 1910.

Rudnew, W.: Paralysis progressiva paranoides (Saratowsche Landesirrenanstalt). Neurol. Bote (russisch) 19. 103, 1912 (nach Referat).

Schönhals: Über einige Fälle von induziertem Irresein. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. 1913, S. 40.

Selig, A.: Kombination von Epilepsie und Paranoia. Sitzungsbericht der neurol. u. psych. Sektion des kgl. ungar. Ärztevereins vom 19. Juni 1911. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912.

Schroeder: Intoxikationspsychosen. Handbuch der Psychiatrie v. Aschaffenburg, 3. Abteil., I. Hälfte.

Salgo: Paranoia. Internationaler medizinischer Kongreß 1909. Budapest. Neurol. Centralbl. 1909, S. 1068.

Schuster: Psychische Störungen bei Hirntumoren. 1902. Arch. f. Psych. Bd. 47.

Siefert: Über die Geistesstörung der Strafhaft. Halle 1907.

Simmonds: Der Querulantenwahnsinn, eine Form der Entartung. Inaug.-Dissert. Heidelberg 1910. Neur. Centralbl. 1911, S. 951.

Specht, G.: Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. 1908, S. 816.

Spielmeyer: Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Handbuch d. Psych. v. Aschaffenburg, 5. Abteilung.

Stern, F.: Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen (Vortrag in Kiel). Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.

Stöcker, W.: Klinischer Beitrag zur Frage der Alkoholpsychosen. Jena 1910, Gustav Fischer.

Tamburini: Le délire paranoique dans l'épilepsie. Rivista sperimentale di Freniatria 1909. Vol. XXXV. fose II. III. IV.

Thalbitzer: Melancholie und Depression. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 62, S. 745.

Derselbe: Manischer Wahnsinn. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 1, S. 134, 1910.

Pfeifer: Psychische Störungen bei Hirntumoren. Arch. f. Psych. 1910, S. 588.

Thomsen: Die akute Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 45, S.

Wilmans, Karl: Zur klinischen Stellung der Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. 1910, Bd. 21, S. 204.

Derselbe: Die klinische Stellung der Paranoia. Vortrag in Baden-Baden 1909. Neurol. Centralbl. 1909, S. 661.

Wilmans, Kurt: Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 67. 847, 1910.

Weygandt: Zur Paranoiafrage. Neurol. Centralbl. 1910, S. 664.

Wernicke: Grundriß der Psychiatrie. 1906.